80 مرض يسبب نزول الوزن

تأليف

وسيم رفعت عبد المجيد

دار المدينة المدورة للطباعة والنشر بغداد شارع الرشيد مقابل جامع الحيدر خانة

الطبعة الاولى العراق بغداد 2018

رقم الايداع بدار الكتب والوثائق ببغداد 3605

المقدمة

في البداية يجب ان نعرف ما هو فقدان الوزن الذي يجب ان نقلق منه ولماذا حيث يتم تحديد وزن الجسم عن طريق السعرات الحرارية الخاصة بك واهم عامل في احتساب الوزن المثالي هو الطول، والصحة العامة والعمر وامتصاص المواد الغذائية وغيرها من العوامل، بعد أن تصل إلى مرحلة البلوغ يجب أن يبقي وزنك مستقر نسبيا من سنة إلى أخرى، على الرغم من أن انخفاض بعض الوزن نادرا ما يسبب القلق. و عند فقدان وزن (4.5 كجم) أو أكثر، وفقدان الوزن أكثر من 5% من وزن الجسم الخاص بك دون حمية غذائية او رياضة و استمرار فقدان الوزن بلا أسباب ينبغي الذهاب للطبيب لعمل الفحوصات اللازمة.

فالأمراض التي تؤدي الى نزول الوزن كثيرة جدا فمنها البسيط ومنها المستعصي ومنها المميت الذي يجب كشفه قبل فوات الاوان وهنا يأتي دور الطبيب الذي هو الوحيد القادر على تحديد السبب وعلاجه وان كان بالإمكان استعادة الوزن المفقود

حاولت من خلال كتابي هذا جمع الامراض التي تسبب نزول الوزن واعراض كل مرض منها وطريقة تشخيصه حيث جمعت في هذا الكتاب 80 مرض يسبب نزول الوزن بشكل غير مبرر ويبقى الحكم للطبيب المختص لتحديد السبب حيث ان هذا الكتاب هو للتوعية الصحية وليس لتشخيص المرض

فخسران الوزن المفاجئ أو النحافة الغير طبيعية من الحالات المرضية و التي تستدعي استشارة الطبيب فورا من أجل تشخيص السبب و تلقي العلاج المناسب.

في هذا الكتاب سأطلعك على قائمة من 80 مرض يمكن أن تكون سببا في فقدان وزنك. البعض بسيط و الاخر مزمن و خطير. هدفي من الموضوع ليس تخويفك بقدر ما أريد توعيتك بأهمية التشخيص المبكر و الذي يساعدك كثيرا في العلاج و الشفاء السريع.

ملاحظة : قد لا يكون من المناسب قراءة الكتاب لذوي القلوب الضعيفة والمصابين بالوسواس المرضي و الأطفال.

علما ان فكرة الكتاب مقتبسة من مقالة بعنوان الامراض التي تفقد الوزن (80 مرض) على موقع جسمك الالكتروني .

واليكم الامراض بالترتيب :

1 - نقص التغذية (Nutritional Deficiencies)

يحدث عندما يفقد الجسم القدرة على امتصاص المواد الغذائية فسوء الامتصاص (malapsorption)، معرّف على أنه حالة من الاضطراب في عملية هضم وامتصاص المواد الغذائية أو مركباتها في الأمعاء.

يحدث خلال هذه العملية:

تغيير بنيوي وكيميائي لمكونات الغذاء في تجويف الأمعاء، على سطح الغشاء المخاطي، أو في خلايا النسيج الطلائي – الخلايا الظهارية (epithelium) – الذي يغطي الغشاء المخاطي. هذا التغيير يتيح الامتصاص.

نقل المواد الغذائية من التجويف، عبر النسيج الطلائي، إلى الدورة الدموية والجهاز الليمفاوي.

من أجل فهم معنى سوء امتصاص المواد الغذائية، من المهم التعرف على مراحل عملية الهضم العينية لمواد الغذائية الأساسية.

الدهون (lipids):

تشارك في عملية تفكيك الدهون وتحليلها أملاح المرارة وإنزيمات البنكرياس (الليباز - lipase والـ "كوليباز" - Colipase).

بعد ذلك، تعود المواد الناتجة عن هذا التفكيك، وهي الأحماض الدهنية، للتوحد من جديد على شكل دهون داخل خلايا النسيج الطلائي (الخلايا الظهارية)، ومن ثم تترك الخلية وتنتقل إلى الجهاز الليمفاوي وإلى الدورة الدموية بواسطة بروتينات ناقلة.

تعتبر عملية امتصاص الدهون لدى الاطفال والبالغين عملية ناجعة جدا، حيث يتم امتصاص نحو (95%) من الدهون الذي يدخل الجسم. إلا أنّ هذه النسبة تكون أقل لدى الأطفال في الأشهر الأولى من حياتهم.

من الممكن أن يحصل سوء امتصاص للدهون بسبب إحدى المواد المشاركة في عملية الهضم والامتصاص:

نقص في إنزيمات الليباز والكوليباز، نقص في أملاح المرارة بسبب أمراض الكبد، انسداد قنوات المرارة أو خلل في امتصاص أملاح المرارة، ضرر في الغشاء المخاطي للأمعاء أو خلل في أداء الخلايا الظهارية التي تغطي الغشاء المخاطي. أما انعدام القدرة على امتصاص المواد الدهنية بشكل تام، فهي حالة نادرة جدا، وعادة ما تكون مصاحبة بسوء امتصاص المواد الغذائية الأساسية الأخرى.

البراز الدُّهني (Steatorrhea) – يجسد حالة سوء امتصاص شديدة للبراز الدهني. في هذه الحالة، تظهر في البراز، نحو (50%) من كمية الدهون التي تدخل الجسم عن طريق الطعام، وهي تظهر في الأساس بصورة نقص في إنزيمات البنكرياس وبشكل أقل في أمراض الأمعاء.

الكربوهيدرات (النشويات) (carbohydrates)

الأميلازات (Amylases) هي إنزيمات هاضمة للنشويات، يتم افرازها بواسطة الغدد اللعابية والبنكرياس, وتساعد في عملية تفكيك وتحليل المواد السّكرية. أما التفكيك الإضافي للسكر وامتصاصه فيتم على سطح خلايا النسيج الطلائي الذي يغطي الغشاء المخاطي للأمعاء بواسطة إنزيمات موجودة على الحواف الفرشاتية (Brush border) التي تغطي الخلايا الظهارية (الطلائية) في الأمعاء. هذه الإنزيمات: سوكَّراز (sucrase)، إيزوملتوز (Isomaltose)، الجلوكوأميلاز (Glucoamylase)، واللاكتوز (lactose)، هي المسؤولة عن هضم النشويات في الغشاء المخاطي. أما عملية ولوج المواد الناتجة عن الهضم إلى داخل الخلايا الظهارية، فتحتاج لمساعدة بروتينات ناقلة. من أجل عمل هذه الناقلات، هنالك حاجة للطاقة ولوجود الاملاح، كالصوديوم. ويعتبر وجود الاملاح ضروريا في هذه الحالة نظرا لأن التغييرات الكهروكيميائية تلعب دورا هاما في عملية الامتصاص.

قد يكون سوء امتصاص النشويات محصورا بأنواع معينة من النشويات. ومن الممكن أن يظهر كخلل مولود أو كخلل مكتسب. يمكن ان يؤدي قصور البنكرياس أو نقص بإنزيماته أو بالبروتينات الناقلة، لسوء امتصاص.

الأعراض المرضية المركزية التي تشير لسوء امتصاص النشويات: انتفاخ المعدة وإسهال يتعلق حجمه بكمية النشويات التي تم تناولها، ويكون نسيجه سائلا وحمضيا. وسيؤدي الامتناع عن تناول النشويات الى وقف الإسهال وظهور أعراض أخرى.

البروتينات (protines):

يتم تحليل البروتينات بمساعدة إنزيمات البنكرياس - إنزيم الببتيداز (peptidase) والبروتياز (protease).

تبدأ عملية الهضم والتحليل في المعدة وتستكملها إنزيمات بنكرياسية – التريبسين (trypsin)، الكيموتريبسين (Chymotrypsin) والإيلاستاز (Elastase). كذلك، هنالك إنزيمات هاضمة للبروتينات خاصة بالخلايا الظهارية.

من الممكن أن يكون سوء امتصاص البروتينات ناتجا عن خلل في عمل البنكرياس أو الخلايا الظهارية. في غالبية الحالات لا يكون سوء الامتصاص محصورا بأنواع معينة من البروتينات، وإنما يكون جزء من ظاهرة سوء امتصاص للمواد الغذائية الأخرى. أما العلامة المرضية التي تشير لسوء امتصاص البروتينات فهي إسهال ذو رائحة كريهة، نقص الألبومين (albumin) في مصل الدم، والانتفاخات (الوذمة).

سوء الامتصاص، وسوء التغذية (malabsorption and malnutrition)

يسبب سوء امتصاص المواد الغذائية تغيرات غذائية على عدة مستويات. فإصابة الأولاد الصغار والرضع ستظهر مبكرا، نوعا ما، بينما يتأخر ظهور علامات الإصابة نسبيا لدى الأولاد الكبار أو البالغين.

يتعلق التغيّر المرضي بشدّة الإصابة بسوء الامتصاص، وطبعا بالقدرة على التعويض، أي سد النقص، من خلال تناول الطعام ومكملاته.

لدى الأطفال، تكون وتيرة زيادة الوزن، وبعدها النمو، علامات واضحة على الإصابة بسوء الامتصاص. فظواهر من قبيل الميل للنزف، تخلخل العظام، فقر الدم، والاضطرابات العصبية، عادة ما تكون مصاحبة لأنواع معينة من سوء التغذية.

التوجه لاستيضاح حالات سوء الامتصاص

غالبية المرضى يتوجهون لاستيضاح حالة الإصابة بسوء امتصاص المواد الغذائية في أعقاب الإصابة بإسهال مزمن. يعتبر الأمر مزمنا إذا استمر لفترة تزيد عن 14 يوما. من الأسباب الأخرى التي قد تدفع باتجاه الاستشارة الطبية، نقص الوزن واضطرابات النمو لدى الأطفال، إضافة للضعف وفقر الدم في كل الأعمار.

تشخيص سوء الامتصاص:

يتم إخضاع المريض الذي يسود الشك بإصابته بسوء امتصاص المواد الغذائية، إلى فحص أولي يتضمن اختبارات تشير إلى نقص في العناصر الغذائية. يشمل هذا الاستيضاح الطبي: معادلة خلايا الدم، فحص العناصر البيوكيميائية في مصل الدم، مثل مستويات البروتينات والزلال، الكوليسترول، الكالسيوم، الحديد والفيتامينات كحامض الفوليك وفيتامين (B12)، فيتامين (A)، والبروثرومبين (prothrombin) الذي يمثل مستويات الفيتامين (K).

في المرحلة الثانية من الإستفسار الطبي، وخلال البحث عن الحالة المرضية العينية، من الممكن إجراء فحص لأداء الكبد وتحديد تركيز الغلوبينات المناعية (immunoglobulins)، فحوص مصلية بحثا عن مضادات الغليادين (Gliadin)، ناقلات الغليتامين (Transglutaminases)، ومضادات غمد الليف العضلي (endomysium - هذه المضادات تميز الإصابة بمرض الزلاق – السيلياك)، اختبار التعرق أو الاختبار الجيني من أجل تشخيص الإصابة بالتليف الكيسي (CF)، اختبارات التنفس واختبار نفث الهيدروجين بعد إجراء إختبار تحمل الكربوهيدرات (Carbohydrate tolerance test) لتشخيص سوء امتصاص المواد السكرية، وكذلك جمع عينات من البراز من أجل قياس مستويات إفراز المواد الدهنية.

في المرحلة الثالثة، يتم إجراء فحوصات باضعة. ويمكن أخذ عينة من الغشاء المخاطي للأمعاء الدقيقة بواسطة التنظير الداخلي (endoscopy)، وفحصها مجهرياً. كذلك، يمكن شفط سائل التجويف المعوي من أجل فحص وجود طفيليات، أو مستويات مرتفعة من بكتيريا وإنزيمات البنكرياس.

علاج سوء الإمتصاص:

تتضمن أهداف علاج سوء الامتصاص ما يلي:

- تعويض المواد الغذائية التي يثبت نقصها خلال إجراء الفحوص.
- الاهتمام ، قدر الإمكان، بعلاج المرض أو المسبب الذي يؤدي لسوء الامتصاص.

نظرا لأنه في غالبية حالات الإصابة بسوء امتصاص المواد الغذائية قد يتم اكتشاف نواقص أخرى، فإنه يجب أن يتم إجراء اختبارات واستيضاحات شاملة إن أمكن الأمر، وبناء عليه، إضافة العناصر الغذائية الناقصة من خلال عقاقير مناسبة او حقن أو أغذية مدعمة بهذه المواد.

من شان علاج مسبب المرض أن يؤدي للشفاء التام، أو على الأقل تخفيف حدة سوء الامتصاص.

2. سرطان الرئة (Lung Cancer) :

سرطان الرئة هو عبارة عن عملية إختراق الرئتين اللتين تعتبران عضويين مهمين مسؤولين عن القيام بوظائف الإيصال للأكسجين لهما واللازم لجريان الدم وتغذيته والعمل على بث الحياة في جميع أنحاء الجسم، مع العمل على تخليصهما من ثاني أكسيد الكربون الموجود فيهما. عندما يصيب الرئتين، فإنه يعمل على تقسيم الخلايا والأنسجة الموجودة هناك، وتكون عملية الإنقسام هذه عبثية وغير منتظمة فتعمل على نشر الأورام فيهما وتكاثرهم، مما يؤدي إلى إعاقة الرئتين عن القيام بوظائفهما بشكل صحيح وسليم، وعملية تكاثر الأورام في الرئتين تغزو الأنسجة وتنشرها في الأوعية الدموية الموجودة هناك والمسؤولة عن إيصال الدم إلى جميع الأعضاء.

يكون سرطان الرئة متعدد الأشكال، فمنه سرطان الرئة ذو الخلايا الصغيرة فتنتشر الخلايا السرطانية الصغيرة في جميع أرجاء الرئتين ويمتد انتشاره حتى يغزو جميع أعضاء جسم الإنسان ويفسدها نتيجة تكون الأورام فيها. سرطان الرئة من أشد أنواع السرطانات فتكاً بحياة الإنسان وأكثرها ضرراً وأسرعها انتشاراً

أنواع سرطان الرئة أما الشكل الآخر لسرطان الرئة، فهو سرطان الرئة ذو الخلايا السرطانية كبيرة الحجم ويكون له أنواع عديدة: السرطان الحرشفي: وهذا السرطان الكبير الحجم خلاياه تصيب مجرى الهواء الذي يقوم بإدخال الهواء اللازم لعملية التنفس فتؤثر الخلايا السرطانية المتراكمة هناك على عملية اكتساب الهواء فتتكاثر الأورام المعيقة لعملية التنفس وتنتشر بشكل بطيء جداً. سرطان الرئة الغدي: وهذا النوع من سرطان الرئة يصيب الناس العاديين الذين يبتعدون عن التدخين بأشكاله والمبتعدين عن تناول الكحول وغيرها وتنتشر أورامه في مجرى الهواء ويحيط الرئتين ويضغط عليهما. سرطان الرئة الذي يكون على شكل خلايا كبيرة: إذ تكون هذه الأورام السرطانية الخبيثة والمتراكمة في الرئتين من خارجهما حجمها كبير جداً وانتشارها سريع.

غالبا ما تظهر أعراض سرطان الرئة فقط عندما يكون المرض قد وصل إلى مرحلة متقدمة بالفعل.

وتشمل أعراض سرطان الرئة ما يلي:

- سعال مستجدّ، يظهر ولا يختفي
- تغيّرات في السعال المزمن القائم أو في سعال المدخنين
- سعال مصحوب ببلغم دمويّ، حتى لو كان قليلا جدا ما يدعى بنفث الدّم (Hemoptysis)
- ضيق النفس
- أوجاع في الصدر
- بُحّة في الصوت
- (Pancots Syndrome) والذي يتمثل باوجاع في منطقة الكتف وما حولها نتيجه ضغط الورم على الاعصاب
- (Superior Vena Cava Syndrome) وهي حالة شعور بالامتلاء في الرأس وضيق في النفس, بروز في الأوردة في الصدر, وذمة (edema) في الوجه.
- التعب الشديد وفقدان الوزن

يبدأ تكوّن ونشوء سرطان الرئة، عادة، في الخلايا التي تتشكل منها البطانة الداخلية للرئتين (الجَنْبَةِ - Pleura).

ويشكل التدخين المسبب الرئيسي لسرطان الرئة عند الناس المدخنين، وكذلك عند الناس الذين يتعرضون للتدخين السلبي.

لكن سرطان الرئة يمكن أن يصيب اشخاصا لم يتعرضوا لدخان السجائر إطلاقا. في هذه الحالات، ليس هنالك، أحيانا، سبب واضح لنشوء مرض سرطان الرئة.

في المقابل قد نجح الأطباء في وضع قائمة تشمل العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان الرئة وهي:

- العلاج بواسطة الأشعة (Radiantion Therapy)
- الاصابة بالتليّف الرئوي (Pulmonary Fibrosis)
- امراض رئوية والتهابات بسيطة قد تزيد من خطورة الاصابة بشكل بسيط بحسب الابحاث
- ذيافانات بيئية (Enviromental Toxins) مثل التعرض للإسبست (Asbestos)، لغاز الرادون ومعادن اخرى الاسبستوس. الزرنيخ. الكروم. النيكل. القطران والسخام.
- الاصابة بمرض الايدز (HIV infection)
- عوامل جينية - الأشخاص الذين أصيب أحد والديهم، أشقائهم، شقيقاتهم أو أي شخص آخر قريب من الدرجة الأولى، بسرطان الرئة هم أكثر عرضة للإصابة بسرطان الرئة.
- التدخين السلبي
- استنشاق الدخان الصادر من الحريف من افران الطبخ والتدفئة خاصة من اشتعال الخشب والفحم

كيف يسبب التدخين سرطان الرئة؟

يعتقد الأطباء بأن التدخين يسبب سرطان الرئة من خلال إصابة الخلايا التي تشكل البطانة الداخلية للرئتين.

عندما يستنشق الإنسان دخان السجائر، الذي يحتوي على العديد من المواد التي تعرف بأنها مواد مُسَرطِنة (مسببة للسرطان - Carcinogen)، تحصل التغيرات في أنسجة الرئتين بشكل فوري، تقريبا. وقد يكون الجسم لا يزال قادرا على معالجة وإصلاح هذه الأضرار، في البداية.

ولكن بعد التعرض المتكرر لهذه المواد، تتضرر الخلايا السليمة التي تشكل بطانة الرئتين، بصورة متواصلة ومتزايدة.

ومع مرور الوقت، تدفع هذه الأضرار بهذه الخلايا إلى التصرف بشكل غير طبيعي حتى يتكوّن، في نهاية المطاف، ورم سرطانيّ.

إن الرئتين تحتويان على العديد من الأوعية الدموية والأوعية اللمفاوية، التي تتيح للخلايا السرطانية العبور والانتقال ثم الوصول، بسهولة، إلى الأعضاء الأخرى في الجسم. ولهذا، فقد ينتشر سرطان الرئة ويتفشى في أعضاء أخرى في الجسم قبل أن تظهر أعراض سرطان الرئة.

من الممكن أن ينتشر سرطان الرئة، في معظم الحالات، حتى قبل ملاحظة وجوده في الرئتين نفسهما.

هناك العديد من عوامل الخطر التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان الرئة.

بعض عوامل الخطر هذه هي تحت سيطرة الإنسان ويستطيع التحكم بها، بالإقلاع عن التدخين، على سبيل المثال. وبالمقابل، هنالك عدة عوامل أخرى لا يمكن السيطرة عليها والتحكم بها، مثل الانتماء الجنسي.

مضاعفات سرطان الرئة :

يرافق سرطان الرئة الكثير من المضاعفات، من بينها:

- تجمّع سوائل في الصدر
- سرطان يتفشى في أعضاء أخرى من الجسم (نقائل - Metastasis)
- الموت

تشخيص سرطان الرئة :

لا يزال الأطباء غير متأكدين ما إذا كان يجب إجراء فحوص المسح للكشف عن سرطان الرئة، أم لا.

وحتى إذا كان المريض ينتمي إلى واحدة من مجموعات الخطر الأكثر عرضة للإصابة بمرض سرطان الرئة، فليس من الواضح ما إذا كان من المفيد إجراء التصوير بالأشعة السينية (X - ray)، أو حتى التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography - CT).

وتشير الأبحاث إلى إن مثل هذه الفحوصات يمكن أن تؤدي، في بعض الحالات، إلى الكشف المبكر، في مرحلة مبكرة نسبيا يمكن خلالها معالجة السرطان بنجاح كبير.

ومع ذلك، تظهر دراسات أخرى أن مثل هذه الفحوصات كثيرا ما تكشف أوراما غير خبيثة تتطلب إجراء مجموعة من الفحوصات الباضعة (Invasive) التي تعرّض المرضى لمخاطر لا داعي لها.

الا انه في الآونة الاخيرة هنالك توصيات مفادها انه من الممكن اجراء فحوصات التصوير بالأشعة السينية (X - ray) والتصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography - CT) للأشخاص المدخنين لأكثر من 30 سيجارة في اليوم او ما يعادلها كتدخين النرجيلة بشكل يومي على مدار 15 سنة او اكثر وتتراوح اعمارهم بين ال 55 وال 77.

إذا ثارت لدى شخص ما أية شكوك بأنه قد أصيب بسرطان الرئة، فعليه التوجه إلى طبيبه الذي يستطيع إجراء عدد من الفحوصات للكشف عن وجود خلايا سرطانية . ومن أجل تشخيص سرطان الرئة يوصي الطبيب بإجراء فحوصات مختلفة، منها:

- فحوصات التصوير (Imaging)
- فحص اللعاب (فحص شكل الخلايا ووظائفها / سيتولوجيا - Cytology)
- فحص الأنسجة (خزعة - Biopsy)
- تحديد مراحل (درجات) الإصابة بسرطان الرئة:

بعد تأكيد تشخيص الإصابة بسرطان الرئة، يقوم الطبيب بتحديد مستوى (درجة) السرطان عند المريض.

فتحديد درجة الإصابة بالسرطان يساعد الطبيب في اتخاذ قراراته بشأن الطرق العلاجية الأنسب والأكثر فعالية بالنسبة للحالة العينية.

الفحوصات لتحديد درجة السرطان تشمل عددا من الإجراءات التي من شأنها أن تمكّن الطبيب من البحث عن علامات انتشار (تفشي) السرطان خارج الرئتين، فحوصات مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، التصوير المقطعي بإصدار البوزيترون (PET - Positron emission tomography) ومسح العظام (Bone Scan).

من الضروري التحدث مع الطبيب المعالج بشأن الإجراءات الطبية المناسبة والناجعة، إذ قد تكون ثمة فحوص غير ملائمة لبعض المرضى.

درجات (مراحل) سرطان الرئة ذي الخلايا غير الصغيرة:

درجة lA: السرطان في هذه الدرجة (المرحلة) يكون قد تغلغل في داخل أنسجة الرئتين حتى قطر اقصاه 3 سم ، لكنه لم ينتشر بعد في العقد اللمفاوية المجاورة.

درجة lB: السرطان في هذه الدرجة (المرحلة) يكون قد تغلغل في داخل أنسجة الرئتين بقطر يتراوح بين 5-3 سم ، لكنه لم ينتشر بعد في العقد اللمفاوية المجاورة.

درجة I IA: في هذه المرحلة كبر الورم السرطاني يتراوح بين 7-5 سم كما ويكون السرطان قد دخل إلى الغدد الليمفاوية القريبة بنفس الجانب المتواجد فيه الورم، لكنه لم يخترق الجدار الصدري بعد.

درجة I IB: في هذه المرحلة كبر الورم السرطاني يتراوح بين 7-5 سم كما ويكون السرطان قد دخل إلى الغدد الليمفاوية القريبة، لكنه لم يخترق الجدار الصدري بعد. او ورم سرطاني رئوي اكبر من 7 سم.

درجة I I I A: في هذه المرحلة، يكون السرطان قد انتشر خارج الرئتين وانتقل إلى العقد الليمفاوية الموجودة في وسط الصدر.

درجة I I I B: في هذه المرحلة، يكون السرطان قد انتشر بصورة موضعية إلى القلب، الأوعية الدموية، القصبة الهوائية والمريء – وهي أعضاء موجودة في تجويف الصدر - وإلى الغدد الليمفاوية الموجودة في منطقة عظمة الترقوة (Clavicula) أو في الأنسجة التي تحيط بالرئتين، في الصدر في منطقة الجنبة (غشاء الجنبة - Pleura).

درجة IV: في هذه المرحلة، يكون السرطان قد انتشر إلى أعضاء أخرى في الجسم، مثل الكبد، العظام أو الدماغ.

درجات (مراحل) سرطان الرئة ذي الخلايا الصغيرة:

محدود: في هذه المرحلة، السرطان موجود في رئة واحدة فقط وفي الغدد الليمفاوية القريبة منها.

متوسع: في هذه المرحلة، يكون السرطان قد انتشر إلى أبعد من رئة واحدة فقط وإلى أبعد من الغدد الليمفاوية القريبة منها، ومن الممكن أن يكون قد تغلغل في كلتيّ الرئتين وفي الغدد الليمفاوية البعيدة، بل وحتى في أعضاء أخرى.

علاج سرطان الرئة :

يقرر اختصاصيّ الأورام (Oncologist)، بالتشاور مع المريض، طريقة ونظام علاج سرطان الرئة اعتمادا على عدة عوامل، مثل الوضع الصحي العام للمريض، نوع السرطان ودرجته، آخذا بالحسبان خيارات المريض الشخصية.

وتشمل خيارات العلاج، عموما، علاجا واحدا أو أكثر من بين: العلاج الجراحي، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي أو العلاج الدوائي المركّز.

الجراحة :

في الجراحة يزيل الجراح منطقة النسيج التي يتواجد فيها الورم السرطاني، بالإضافة إلى هوامش من الأنسجة السليمة المحيطة بها.

هذا النوع من العلاج قد يلائم الاشخاص مع سرطان رئوي من نوع non small درجة I او II فقط.

العمليات الجراحية لإزالة سرطان الرئة تشمل ما يلي :

- بَتر (قطع) على شكل إسفين من أجل إخراج الجزء الذي يحتوي على الأنسجة السرطانية(Limited Sublobar Resection)، سوية مع هوامش من الأنسجة السليمة المحيطة بها
- بتر (قطع) فص رئويّ (Lobectomy) لإزالة فص كامل من الرئة
- استئصال الرئة (Pneumonectomy) لإزالة الرئة بالكامل
- التنظير الداخلي الصدري بواسطة الفيديو (VATS): وهي عملية غزوية بشكل بسيط نوعا ما تستعمل لمرضى ال non small cell بمراحل مبكرة جدا.

إذا أجريت مثل هذه العملية، فقد يقوم الجراح أيضا بإزالة الغدد الليمفاوية الموجودة في منطقة الصدر، لفحص ما إذا كانت هي أيضا تحمل في داخلها أنسجة تحتوي على خلايا سرطانية. وإذا تم العثور بالفعل على أنسجة سرطانية فيها، فهذا يشكل، عادة، علامة على أن السرطان قد انتشر وتفشى، حتى لو لم تظهر حتى الآن أية علامات خارج الصدر.

العلاج الدوائي :

- خيارات العلاج الدوائي المركز لسرطان الرئة تشمل ما يلي:
- جيفيتينيب (Gefitinib)
- إرلوتينيب (Erlotinib)
- افاتينيب (Afatinib)

الوقاية من سرطان الرئة :

ليس هنالك طريقة مضمونة ومؤكدة للوقاية من سرطان الرئة، ولكن يمكن تقليل خطر الإصابة بسرطان الرئة إذا يتم اتخاذ التدابير التالية:

- تجنُّب التدخين
- الإقلاع عن التدخين
- تجنب التدخين السلبي
- إجراء فحوص للكشف عن وجود غاز الرادون في محيط المنزل
- تجنب التعرض للمواد المسرطنة في العمل
- الحفاظ على نظام غذائي غني بالخضار والفواكه
- الحفاظ على شرب الكحول باعتدال أو تجنبها تماما.

قد يلجأ المريض بسرطان الرئة، أو قد يجرّب التوجه، نحو الطب البديل أو الطب المكمل، بحثا عن علاج يشفيه من امرض سرطان الرئة.

ثمة كثير من المواقع على شبكة الإنترنت التي تلفت الأنظار وتدعي بأنه "تم العثور على الدواء في عيادات تقع في بلاد بعيدة"، وأنواع وصفات سرية تبعث الأمل عندما يشعر المريض بأن عدد الخيارات المتاحة، أو المعروضة، للعلاج قليل ومحدود.

لكن يجب على المرء الانتباه إلى إن العلاجات البديلة لسرطان الرئة ليست مدعومة بدراسات طبية، وليس هناك أي دليل على أن هذه العلاجات فعالة وناجعة. علاوة على ذلك، وفي معظم الحالات، لا تعرف الآثار الجانبية لهذه العلاجات، على الإطلاق.

والعلاج البديل لسرطان الرئة يمكن أن يكون مكلفا ويتطلب السفر إلى أماكن بعيدة. ولذلك، يوصى بالنظر بعناية وتمعن في الخيارات العلاجية قبل اعتمادها.

وبدلا من التخلي عن العلاجات التقليدية المقبولة، بشكل تام، فإن هنالك إمكانية منطقية هي دمج العلاجات البديلة والمكملة مع العلاج التقليدي المحافظ الذي يوصي به الطبيب.

ينبغي البحث مع الطبيب المعالج في أي العلاجات البديلة والمكملة يمكن أن تساعد على تخفيف الأعراض التي يعاني منها المريض. وقد يفحص الطبيب المعالج فوائد ومخاطر الطب المكمل أو البديل.

وقد درست الكلية الأميركية لأطباء الصدر خيارات العلاج البديلة ومجموعة متنوعة من العلاجات المكملة المقترحة فوجدت أن هناك عددا من العلاجات التي يمكن أن تكون مفيدة لمرضى سرطان الرئة.

من بين هذه العلاجات

- الوخز بالإبر (Acupuncture)
- التنويم الإيحائي ("المغناطيسي") (Hypnosis)
- التدليك
- التأمل (Meditation)
- اليوغا

3. سرطان الكبد (Liver Cancer) :

الكبد مسؤول عن التصفية المتواصلة للدم المتدفق في الجسم، كما يقوم بتحويل المواد المغذية والأدوية التي يتم امتصاصها في الجهاز الهضمي إلى مواد كيميائية جاهزة للاستعمال. وللكبد وظائف مهمة أخرى، من بينها التخلص من السموم والمواد الكيماوية الأخرى من الدم وتحويلها إلى إفرازات. من السهل على الخلايا السرطانية الوصول إلى الكبد، إذ أن كل الدم المتدفق في الجسم يمر من خلاله.

من الممكن أن يصاب الكبد بسرطان أولي (Primary cancer)، يتكون فيه نفسه، أو بسرطان يتكون في أماكن أخرى في الجسم ثم ينتقل بعد ذلك إلى الكبد. في معظم الحالات يكون سرطان الكبد ثانويا أو نقيليا (سرطان منتقل – Metastasis cancer)، أي أن مصدر الورم السرطاني موجود في مكان آخر في الجسم.

في أنحاء العالم المختلفة، يصيب السرطان الأولي في الكبد الرجال ضعف ما يصيب النساء، وهو السرطان الأكثر انتشارا بين الرجال، ويصيب في الغالب أشخاصا فوق سن الـ 50 عاما.

يتكون الكبد من عدة أنواع من الخلايا، لذلك فهنالك عدة أورام من الممكن أن تصيبه. يكون قسم من الأورام حميدا (Benign tumor) بينما يكون الآخر أوراما خبيثة (Malignant tumor) {سرطانية - Cancerous}، من الممكن أن تنتقل/ تنتشر إلى أماكن أخرى في الجسم. تتطور الأورام المختلفة لأسباب مختلفة وتتم معالجتها بطرق مختلفة. وتتعلق احتمالات الشفاء بنوع الورم.

أورام الكبد الحميدة الأكثر انتشارا هي:

- ورم وعائي (Hemangioma)
- ورم غدّي / غدوم (Adenoma) في الكبد
- عملية بؤرية شبيهة بالورم
- كيسة (Cyst)
- ورم عضلي أملس (Leiomyoma)
- ورم لمفي / لمفومة (Lymphoma)
- ورم ليفي / ليفوم (Fibroma)

تختلف معالجة هذه الأورام عن معالجة الأورام السرطانية. أحيانا، عندما تسبب الأوجاع أو النزف، تكون هنالك حاجة إلى استئصالها جراحيا.

أسباب سرطان الكبد:

لا أحد يعلم لماذا يصاب بعض الأشخاص بسرطان الكبد، بينما لا يصاب آخرون، ولكن هناك بعض عوامل الخطورة التي قد تزيد من احتمالية الإصابة بالمرض، وهي:

الإصابة بعدوى فيروس الكبد الوبائي ب (HBV) أو فيروس الكبد الوبائي سي (HCV).

الإفراط في تناول المشوبات الكحولية أو تناولها لفترة طويلة.

الإصابة بداء الصباغ الدموي (hemachromatosis) وهي حالة تحدث عندما يكون هناك كمية كبيرة من الحديد مخزنة في الجسم.

تليف الكبد (cirrhosis) وهو عبارة عن مرض كبدي خطير يمكن أن يصاب به الشخص نتيجة الإصابة بفيروس الكبد الوبائي (B) أو (C) أو من التناول المفرط للمشروبات الكحولية. كما أن هناك أسباب أخرى لتليف الكبد كالتعرض لأنواع معينة من الطفيليات أو الإصابة بداء الصباغ الدموي ، البدانة ، السكري و أمراض القولون (مثل التهاب القولون التقرحي)

إن وجود واحد أو أكثر من هذه العوامل لا يعني بالضرورة إصابة الشخص بسرطان الكبد.

أعراض سرطان الكبد:

- اليرقان (اصفرار في الجلد أو العينين)
- ألم في الجانب العلوي الأيمن من البطن
- انتفاخ أو تورم في الجزء العلوي من البطن
- بول غامق اللون
- البراز الذي يبدو شاحبا أو يطفو داخل الحمام
- فقدان الشهية
- الغثيان
- الإرهاق
- فقدان الوزن دون سبب

مع هذا، فإن أغلب هذه المؤشرات والأعراض لا تظهر عادة في المراحل المبكرة من المرض، لذا فإننا ننصح الأشخاص بشدة للقيام بفحوصات الكشف المبكر بشكل دوري، والتي من شأنها تشخيص السرطان في مراحله المبكرة حيث يكون أكثر قابلية للشفاء.

طرق تشخيص سرطان الكبد:

يستخدم الأطباء مجموعة من الإجراءات والتقنيات التشخيصية لتحديد وجود ورم في الكبد بدقة، وتحديد مرحلة تطوره، بما فيها:

- التصوير المقطعي CT.
- صور الرنين المغناطيسي.
- اختبار (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-ERCP) وهو اجراء يستخدم لفحص وتشخيص أمراض الكبد والقناة الصفراوية والبنكرياس.
- الخزعة الموجهة بالصور (إما من خلال الأمواج فوق الصوتية أو التصوير المقطعي).
- فحص الدم ألفا فيتو بروتين (Alpha fetoprotein).
- أخذ خزعة عن طريق المنظار للحصول على عينات من النسيج داخل وحول الكبد لإجراء المزيد من الفحوصات.

علاج سرطان الكبد:

وبناء على مدى اتساع الورم، قد يتمكن الأطباء من استئصال الورم بشكل كامل من خلال الجراحة، وهذا غالبا ما يكون أول خطوة في العلاج. مقدار الجراحة والرعاية ما بعدها، بما فيها العلاج الكيماوي، يعتمد على مدى انتشار السرطان. بالنسبة للمرضى الذين لا يمكنهم الخضوع للجراحة، فهناك علاجات أخرى قد تساعدهم على العيش لفترة أطول والشعور أفضل.

التقنيات الحديثة لمهاجمة الورم تتضمن حقن العلاج الكيماوي خلال الأوعية المغذية (chemoembolization) والاستئصال الموضعي للورم باستخدام مجسا خاصا لتدمير الخلايا السرطانية بواسطة الحرارة.

4. قرحة المعدة (Stomach Ulcer) :

قرحة المعدة عبارة عن التهابات مؤلمة تحدث في بطانة المعدة أو الأمعاء الدقيقة. سببه صغر المخاط الذي يحمي المعدة من العصارات الهضمية . قابلة للشفاء ولكن يمكن أن تؤدي الى مضاعفات خطيرة إذا لم يتم احتواءها.

كما هو الأمر في قرحة الإثني عشر (Duodenal ulcer)، كذلك قرحة المعدة هي أحد أشكال مرض القرحة الهضمية (Peptic Ulcer)، ومثله أيضا، فقرحة المعدة تحدث نتيجة لاختلال التوازن بين العوامل الضارة مثل جرثومة الملويّة البوابيّة (Helicobacter pylori) وآليات الدفاع عن الغشاء المخاطي للمعدة، من الجهة الأخرى.

يظهر التلوث بجرثومة الملويّة البوابيّة في 70% من حالات القرحة المعديّة، وعلى عكس مرضى قرحة الإثني عشر تكون درجة إفراز الحمض في المعدة لدى مرضى قرحة المعدة منخفضة أكثر، مقارنة بالأشخاص المعافين.

أي أن الإصابة في آلية الدفاع عن الغشاء المخاطي في المعدة، كما يبدو، هي السبب الأساسي لتطور القرحة المعديّة. نسبة انتشار قرحة المعدة في المجتمع الغربي هي أقل من نسبة انتشار قرحة الإثني عشر. وهي تظهر بشكل عام في سن متقدمة أكثر، ويكون انتشارها أكبر في سن 50 - 60 عاما.

سبب هام آخر لتكوّن قرحة المعدة هو تعاطي الأسبيرين وأدوية من مضادات الالتهاب اللاستيرويدية (Non - steroidal Anti - Inflammatory Drug - NAIDs). فهذه الأدوية، المعدة لمعالجة الألم والالتهاب في المفاصل، تقوم بتثبيط عمل الإنزيم سيكلوأوكسيغناز 1 (Cyclooxygenase - 1) وتضر بإنتاج البروستاغلاندينات (Prostaglandins)، وهي مواد حيوية لحماية الغشاء المخاطي في المعدة.

وقد أدى العلاج الواسع بهذه الأدوية، في السنوات الأخيرة، وخاصة بين كبار السن، إلى ارتفاع كبير في نسبة المرضى المصابين بقرحة معديّة وبمضاعفاتها، مثل النزيف الحاد.

أعراض قرحة المعدة :

اعراض قرحة المعدة عديدة والعَرَض الأساسي للمرض هو ألم البطن.

من الممكن ظهور ألم البطن بعدة أشكال وهو غير مميز وحصري لقرحة المعدة فقط.

من الممكن ظهور الألم عند الأكل، بعده بوقت معيّن وحتى أنه قد يوقظ مريض قرحة المعدة من نومه.

وعلى العكس من قرحة الإثني عشر، لا يخفّ الألم بعد الأكل.

أعراض قرحة المعدة الإضافية هي:

الغثيان، مع أو بدون قيء

وانخفاض الوزن.

يتم اكتشاف القرحة، أحيانا، بعد ظهور الأعراض دون أن تسبقها شكوى عن آلام في البطن.

القيء الدموي والغائط بلون أسود هما من الأعراض التي تستوجب الاستيضاح للتأكد من عدم وجود قرحة هضمية.

تشخيص قرحة المعدة :

الفحص الأكثر دقة لتشخيص قرحة المعدة هو التنظير الداخلي (Endoscopy) لجهاز الهضم العلوي.

لإجراء هذا الفحص، يتم إدخال أنبوب مرن مثبتة في طرفه كاميرا فيديو صغيرة جدا إلى داخل جوف المريء، المعدة والإثني عشر.

يتيح هذا الفحص رؤية الغشاء المخاطي للمعدة عن قرب، وأخذ عيّنة من النسيج (خزعة) في أطراف القرحة بهدف الفحص المرضي (pathological) لتأكيد أو نفي وجود جرثومة الملويّة البوابيّة. ومن أجل تجنيب المريض الشعور غير المريح خلال الفحص، يتم إجراؤه تحت تخدير موضعي للبلعوم، أو بإدخال مواد مهدئة عن طريق الوريد، قبل البدء بإجراء الفحص.

فحص آخر لتشخيص قرحة المعدة هو تصوير المعدة والإثني عشر بالأشعة السينية (رنتجن – X - ray)، بعد ابتلاع مادة تباين (باريوم – Barium).

هذا الفحص غير دقيق، ولا يمكن خلاله أخذ عينة (خزعة) لإجراء فحص مجهري أو لاكتشاف وجود الجرثومة الملويّة البوابيّة. بالرغم من وجود علامات نموذجية تميز بين القرحة الحميدة والقرحة الخبيثة، إلا أنه من المفضل في كل الأحوال إجراء فحص التنظير الداخلي بهدف الاختزاع ونفي وجود أورام خبيثة.

علاج قرحة المعدة:

علاج قرحة المعدة ينقسم الى حالتين أساسيتين وهما:

1- وجود تلوث مثبت بالجرثومة الملوية البوابية

يجيب تناول المضادات الحيوية (Antibiotics) للقضاء التام على الجرثومة الملوية البوابية H. Pylori. وهو ما يُعرف اليوم بالعلاج المثلث المكون من المضادات الحيوية الثلاثة: ميترونيدازول (metronidazole)، اموكسيتسلين (amoxicillin)، كلاريتروميتسين (clarithromycin)، لمدة اسبوعين.

العلاج بواسطة الأدوية المضادة لافراز أحماض المعدة (Antisecretory) والتي تساعد على التئام القرحة بشكل أفضل. من الجدير بالذكر ان تناول هذا النوع من الأدوية لهذه الفئة من المرضى (قرحة ناجمة عن تلوث بالجرثومة الملوية البوابية (H. Pylori) يتعلّق اذا كانت هذه القرحة كبيرة ومعقّدة من حيث معطياتها أو لا.

لدى الأشخاص الذين يتناولون الأدوية من نوع (NSAID's) كالاسبيرين وغيرها من مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية على الطبيب المعالج أن يقرر ما اذا كانت هنالك حاجة لايقاف استعمال هذه الأدوية وذلك يتعلق بعدة عوامل كالزمن الذي مضى على استعمالها من قبل المريض، كبر الجرح وتعقيده، والخطورة مقابل الفائدة جراء توقف المريض عن استخدام هذا النوع من الدواء.

2- عدم وجود تلوث مثبت بالجرثونة الملوية البوابية:

قبل كل شيء على الطبيب التأكد من عدم وجود التلوث بهذه الجرثومة بأكثر من فحص واحد. ففحصًا سلبيًا واحدًا لعدم وجود هذه الجرثومة غير كافٍ للتأكّد الفعلي.

العلاج بواسطة الأدوية المضادة لافراز أحماض المعدة (Antisecretory) والتي تساعد على التئام القرحة بشكل أفضل. هنالك ثلاثة فئات رئيسية لهذه الأدوية وهي:

مثبطات مضخة البروتون (proton pumb inhibitor): الأدوية المتوفرة في السوق لهذا النوع هي (omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, dexlansoprazole, pantoprazole, rabeprazole,).

محصرات مستقبلات الهيستامين من نوع (H2): الأدوية المتوفرة في السوق لهذا النوع هي (cimetidine, ranitidine, famotidine, and nizatidine).

الادوية التي تحتوي على بروستاغلاندينات اصطناعية مثل: ميزوبروستول. (Misoprosol)

القرحة العملاقة

في هذه الحالة وبالاضافة الى جميع امكانيات العلاج التي طرحت سابقًا. يوصى في هذا النوع بالعلاج بواسطة مثبطات مضخة البروتون (proton pumb inhibitor) لفترة زمنية طويلة على مدار 12 اسبوع.

بالإضافة إلى ضرورة اجراء تنظير داخلي لمراجعة مكان القرحة وذلك للخطورة الزائدة في هذه الانواع من القرحات لان تكون ورم خبيث.

كذلك، يوصى باللجوء الى العلاج الجراحي لقرحة المعدة في حال التاكد من وجود اورام خبيثة او عند الاشتباه بوجود اورام خبيثة، بعد فشل العلاج المناسب والمتواصل في شفاء القرحة.

متابعة المرضى بعد عملية العلاج:

المرضى مع قرحة في الاثني عشر: عادة لا توجد حاجة لاجراء متابعة وفحص تنظير داخلي للاطمئنان على عملية شفاء القرحة والتئامها. الا في حالة عودة الأعراض الأولية التي كان يعاني منها المريض قبل تناول العلاج.

المرضى مع قرحة في المعدة: هنالك عدة آراء طبية والتي تتناول متابعة المرضى من هذه الفئة وذلك لخطورة وجود مرض خبيث في منطقة القرحة ولهذا ينصح بعض الأطباء باجراء تنظير داخلي بعد فترة 6 اسابيع من تناول العلاج.

عادة المرضى المطالبين بإعادة الفحص هم من تتوفر لديهم صفات القرحة التالية:

قرحة مِعَدية دون استعمال دواء من مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية مؤخرًا،

وجود جرثومة الملوية البوابية H. Pylori،

مريض عمره أكبر من 50 سنة،

قرحة كبيرة أكبر من 2-3 سم،

مجموعات عرقية معينة والمعرضة لخطر الاصابة بسرطان المعدة.

5. **سرطان المريء** (Esophageal Cancer) :

سرطان المريء هو السرطان الذي يصيب المريء، وهو الأنبوب الأجوف الذي ينقل الطعام والشراب من البلعوم إلى المعدة.

إن سرطان المريء مرض يضرب البالغين، كما أن احتمالات حدوثه تتضاعف مع مرور الزمن من عمر 50 وما فوق، وهو شائع أكثر لدى الرجال. إن الأنواع الأساسية من هذا النوع من السرطان هي المكونة من الخلايا الحَرشفية (Squamous cell) ومن خلايا المفرزة غُدِّيَّة غُنَيْبِيَّة (Adenocarcinoma).

إن نسبة الإصابة بالسرطانة الغدية العنيبية، الشائع أكثر بالثلث الأسفل من المريء، تتضاعف في العقود الأخيرة لدى الذكور من العرق الأبيض في الولايات المتحدة بنسبة 350% (من 100000/0.7 لـ 100000/3.2) والسبب غير معروف.

إن نسبة الوفيات بنصف الكرة الأرضية الغربي بسبب سرطان المريء 10: 100000. اسباب سرطان المريء تكون أحيانًا خللاً وراثيًّا في الجين المسمى p53.

يظهر سرطان الخلايا الحرشفية، عاده في الثلثين العلويين للمريء. تظهر السرطانة الغدية العنيبية غالبا، في الثلث الأسفل، على أساس تغير في خلايا المريء، إثر صعود أحماض المعدة إلى المريء

(Gastroesophageal reflux). ترتفع فوق جيل الخمسين، نسبة المرض ب 0.5% في السنة للمريض.

ما هي أسباب سرطان المريء؟

لا يوجد هناك أسباب محددة معروفة لسرطان المريء، ولكن تم تحديد مجموعة من العوامل التي يمكن أن تزيد من فرصة الإصابة به، وهي:

- التقدم بالعمر
- نظام تغذية يفتقر إلى العناصر الغذائية الحيوية كتلك الموجودة في الخضار والفواكه
- التدخين، وخاصة التدخين الشره
- الإفراط في شرب الكحول
- الارتداد المعدي، مع مرور الوقت يمكن لحالات الارتداد المعدي الشديد والمزمن أن يدمر البطانة الداخلية للمريء ويؤدي إلى ظهور السرطان
- البدانة

إن وجود واحد أو أكثر من هذه العوامل لا يعني بالضرورة إصابة الشخص بسرطان المريء.

ما هي أعراض سرطان المريء؟

- صعوبة أو ألم عند البلع
- ألم في الصدر أو الظهر
- بقاء الطعام عالقا في المريء
- حرقة في المعدة
- تغير الصوت أو وجود خشونة في الصوت يستمر لعدة أسابيع
- سعال مستمر لا يزول
- غثيان وتقيؤ
- فقدان الشهية وانخفاض حاد في الوزن

كيف يتم تشخيص سرطان المريء؟

يستخدم الأطباء مجموعة من الإجراءات والتقنيات التشخيصية لتحديد وجود ورم في المريء بدقة، وتحديد مرحلة تطوره، بما فيها:

- فحص تعداد الدم الكامل (CBC).
- التنظير، يقوم أخصائي أمراض الجهاز الهضمي ذوي الخبرة الكبيرة بإجراء عمليات التنظير للكشف عن أي مؤشرات لوجود سرطان المريء.
- تنظير بالأمواج فوق الصوتية للحصول على تقييم أدق للورم.
- خزعة لإزالة عينة نسيج من المريء وفحصها تحت المجهر للبحث عن أي شذوذ.

- الاشعة باستخدام صبغة الباريوم
- التصوير المقطعي أو الرنين المغناطيسي للصدر والبطن والحوض للبحث عن انتشار السرطان في أماكن أخرى في الجسم.
- التصوير المقطعي بالإصدار البوزتروني لكامل الجسم (PET scan) وهو فحص يستخدم لتقييم مدى اتساع المرض.

علاج سرطان المريء

إن البدائل العلاجية في مثل هذه الحالات، هي المتابعة المستمرة، الجراحة أو العلاج المتقوي بالضوء (Photodynamic) الذي لا زال يتم تجربته.

إن المفضل حتى الآن، هو الجراحة، لكن وحتى إن تمت إزالة الورم كله، فقط نسبة قليلة تشفى بشكل نهائي (20%-25%).

أساسيات الجراحة هي: استئصال الورم مع أقسام المريء المجاورة، والعقد اللمفاوية المجاورة، ووضع بديل للمريء من المعدة أو من أجزاء من الأمعاء. إن طرق الوصول لمنطقة الجراحة مختلفة، بحيث يمكن الدخول عن طريق القسم العلوي من البطن وأحيانًا عن طريق القفص الصدري. أما في الثلث الأعلى من المريء الذي احتمالات إصابته بالسرطان أقل، فمن المفضل العلاج بواسطة الأشعة.

تم في السنوات الأخيرة، اختبار العديد من طرق العلاج المدموجة. تم فحص نتائج العلاج الكيميائي قبل الجراحة، في بحثين عشوائيين عند مئات المرضى ولم يتم إثبات فعاليته بشكل قاطع. يمكن في الأورام الصغيرة والمتمركزة، أن نسيطر على المرض ونطيل حياة المرضى، عن طريق هذا العلاج بشكل كبير في 10 % - 15% من الحالات.

إن دمج المعالجة الإشعاعية مع العلاج الكيميائي، أفضل بقليل من المعالجة الإشعاعية لوحدها، ولكن لا زال دمج الجراحة مع العلاجات الأخرى، مقارنة بالجراحة لوحدها، يدرس حتى اليوم.

إن مزيج الأدوية الكيميائية الأكثر استعمالاً للمرضى المصابين بسرطان المريء، هو فلورويوراسيل 5 (5 - Fluorouracil) الذي يتم إعطاؤه بتسريب مستمر، مع سيسبلاتينيوم (Cisplatinum).

لقد تم في العقد الأخير، اكتشاف أدوية أخرى فعالة في مواجهة السرطانات، مثل الأدوية التابعة لعائلة التكسانات (Texans) والإرينوتيسين (Irinotecan). لكن نجاعة ضمهما إلى العلاج لا تزال قيد البحث.

6.تشمع الكبد (Cirrhosis) :

مرض تليف الكبد (أو: تشمع الكبد - Cirrhosis) هو مرض صعب جدا يحدث عندما يصيب الكبد ندبة. والكبد هو عضو كبير ينتمي الى الجهاز الهضمي (Digestive System).

يضطلع الكبد بتشكيلة واسعة من الوظائف الضرورية والحيوية لاستمرار الحياة ولبقاء الإنسان على قيدها. فالكبد، مثلا:

ينتج العديد من المواد الهامة جدا، من بينها الصفراء (عصارة المرارة - Bilis)، التي تساعد على هضم الغذاء، كما ينتج مواد مخثرة للدم تساعد في وقف النزف.

ينظم ويوازن تركيز / مستويات السكر، البروتين والدهن في الدم.

يخزن الفيتامينات والمعادن الهامة والضرورية، بما فيها الحديد.

ينقي الدم من المواد السامة.

يحلل (بواسطة عملية الاستقلاب / الأيض - Metabolism) الكحوليات وأنواعا أخرى عديدة من السموم.

عندما يصاب شخص بتليف الكبد، يحل النسيج المتليف مكان النسيج السليم فيعيق الكبد عن القيام بوظائفه بشكل طبيعي. مثلا، قد يعجز الكبد عن إنتاج مواد مخثرة بالشكل الكافي، مما يصعب وقف النزيف عند حدوثه. وقد يفشل الكبد في تصفية (تنقية) السموم التي قد تتراكم في الدورة الدموية.

قد يؤدي التندّب، أيضا، إلى ارتفاع ضغط الدم في الأوردة التي تنقل الدم من الأمعاء عن طريق الكبد (فرط ضغط الدم البابيّ - Portal hypertension). وتؤدي هذه الحالة إلى حدوث نزيف حاد وخطير في الجهاز الهضمي وإلى مشاكل خطيرة أخرى.

قد يؤدي تليف الكبد الى الموت. لكن علاج تليف الكبد في مرحلة مبكرة، قد يساعد في وقف الضرر ومنع تفاقم الحالة.

أعراض تليف الكبد :

لا تظهر أعراض للمرض دائما في المراحل الأولى من تشمع الكبد أما في المراحل المتقدمة من تليف الكبد فقد تظهر بضعة أعراض، من بينها:

- الشعور بالتعب والهزال الشديدين جدا
- نزف الدم من الأنف وسهولة الإصابة بجروح
- انخفاض الوزن
- أوجاع أو شعور بالضيق، في البطن
- اصفرار لون الجلد (اليرقان - Jaundice)
- الحكة
- تجمع السوائل في الرجلين، وهو ما يسمى "الوَذَمَة" (Edema) وتجمع السوائل في البطن، وهو ما يسمى "الاستسقاء" (أو: الحَبَن - Ascites)
- نزف في داخل المعدة أو في المريء (Esophagus)، وهي القناة التي تهبط من الفم حتى المعدة.

أسباب الإصابة بتليف الكبد :

- المشروبات الكحولية: هناك حوالي 20% من الأشخاص المصابين بتليُّف الكبد ممّن يتعاطون الكحول بشكلٍ كبير، وذلك لأنّ الكحول تُثبِّط عمليّة الأيض للبروتينات، والدهون، والكربوهيدرات، وبالتالي تؤذي الكبد وتليّفه.
- التهاب الكبد الوبائي: إنّ فيروس الكبد الوبائي يُسبّب التهاب الكبد باستمرار، وبالتالي إصابته بالأضرار التي تتجمّع على مدار عدة عقود، وتسبب تشمُّعه وتليُّفه.
- تناول الأدوية والعقاقير التي لها تأثير ضار على الكبد بالإضافة إلى بعض الأعشاب السامة.
- التهاب الكبد المناعى (يهاجم جهاز المناعة الكبد).
- احتقان الكبد المزمن وأشهر أسبابه فشل وظائف القلب.
- انسداد القنوات المرارية داخل أو خارج الكبد .
- ترسب الحديد في الكبد (هيموكروماتوزيز) .
- ترسب النحاس في الكبد (مرض ويلسون).

الأبحاث والتحاليل المطلوبة لتشخيص تليف الكبد :

لتشخيص ومتابعة حالات تليف الكبد يحتاج الطبيب العمل التالي :

1. **فحص بالموجات الصوتية للبطن** :

وهذا الفحص يستخدم في تشخيص الحالة وفي المتابعة كل 6أشهر .

وهذا الفحص يبين تليف الكبد ووجود ارتفاع في ضغط الدم في الدورة الدموية البابية ويمكن اكتشاف حدوث ورم في الكبد .

ويجب ألا تزيد فترة المتابعة بالموجات الصوتية عن ستة أشهر حيث أن هذا يسمح باكتشاف حدوث أورام الكبد وهي لا تزال صغيرة في الحجم مما يسمح بعلاجها وشفائها بواسطة تدمير خلاياها بالحرارة أو الكحول أو استئصال الورم أو عمل زراعة الكبد أما إذا تأخرت فترات المتابعة عن هذا وتم اكتشاف الورم بعد أن يصبح حجمه كبيرا فإن احتمالات الشفاء من الورم تقل للغاية .

2. **عمل تحاليل لتقييم وظائف الكبد** :

- نسبة الصفراء في الدم : لقياس قدرة الكبد على التخلص من مادة الصفراء.
- تركيز البروثرومبين : لقياس قدرة الكبد على تصنيع عناصر تجلط الدم.
- نسبة بروتين الألبومين : لقياس قدرة الكبد على تصنيع هذا البروتين.

وتحتاج هذه التحاليل للمتابعة كل 6 أشهر .

3. **منظار على المريء والمعدة** :

لتشخيص دوالي المريء والمعدة واحتقان المعدة ووجود تقرحات .

4. **عينة من الكبد** :

يمكن إجراؤها في بداية التشخيص لتقرير درجة التليف وسببه .

5. **تحليل الفافيتوبروتين** :

وهو أحد دلالات الأورام الذي يجب عمله كل 6 أشهر حيث أنه إذا ارتفع بنسبة كبيرة يشير لحدوث ورم في الكبد .

6. **أبحاث لتحديد سبب التليف مثل دلالات فيروسات الكبد .**

علاج تليف الكبد :

الستاتينات في علاج تليف الكبد :

الستاتينات هي الأدوية الأكثر فعالية لخفض مستويات البروتين الدهني منخفض الكثافة ((LDL Low Density Lipoprotein -، وتستخدم على نطاق واسع في علاج تليف الكبد. فهي تعرقل عمل انزيم رئيسي في عملية انتاج الكوليسترول عن طريق التثبيط التنافسي، تزيد من نشاط مستقبلات ال- LDL وتعرقل خروج ال- LDL الى مجرى الدم. هناك عدد كبير من الستاتينات والتي تشمل: Rosuvastatin، Fluvastatin، Atrovastatin، Pravastatin، Simvastatin. على الرغم من أن هناك اختلاف في فعالية الستاتينات بجرعات مختلفة وللأغراض المختلفة، فمن المعتاد تصنيفها كمجموعة واحدة.

في دراسات المراقبة، دراسات تداخلية مزدوجة التعمية، وتحليلات متقدمة التي شملت أكثر من 100،000مشارك، أظهرت أن العلاج بالستاتينات أدى إلى انخفاض 19 ٪ في أحداث الوفيات القلبية، 17 ٪ من أحداث السكتة الدماغية القاتلة والغير قاتلة وانخفاض 21 ٪ في معدلات الاعتلال والوفيات من كل حدث في الأوعية الدموية. الفائدة من العلاج بالستاتينات كانت الوقاية الأولية، الوقاية الثانوية، وفي مختلف الفئات المعرضة للخطر بغض النظر عن العمر والجنس.

جنبا إلى جنب مع الفهم بأن الستاتينات هي الأكثر فعالية في الحد من الوفيات والاعتلال في القلب والأوعية الدموية فقد لوحظت أيضا اثار جانبية لهذا الدواء. حوالي 1-3 ٪ من المرضى اشتكوا من اثار جانبية التي شملت التعب، ألم في البطن، وتغييرات في حركات الأمعاء. الاثار الجانبية الأكثر خطورة التي تم وصفها بعد استخدام الستاتينات شملت بالأساس إصابة في العضلات واضطراب في وظائف الكبد. على الرغم من أن زيادة نشاط إنزيمات الكبد المتعلقة بالجرعة وصفت بعد تلقي العلاج بالستاتينات، الا ان نسبة انتشار تضرر الكبد بشكل كبير (الفشل الكبدي أو فرط بيليروبين الدم(Hyperbilirubinemia بسبب الستاتينات منخفضة جدا.

المعلومات المشتركة عبر العديد من الدراسات، أظهرت أن حالات الإصابة بأمراض الكبد لدى المرضى الذين عولجوا بالستاتينات كانت منخفضة من أولئك الذين عولجوا بالدواء الوهمي. دراسة وصفية أخرى أظهرت نسبة 0.1 ٪ في 23،000 لزيادة كبيرة في إنزيمات الكبد (حتى 10 أضعاف من المعتاد) في المرضى الذين عولجوا بالستاتينات. بحسب معطيات ال- FDA فقد وصفت حالات الفشل الكبدي التي تنسب إلى العلاج بالستاتينات، مع نسبة حدوث تقدر ب- 0.1 لكل 100،000 سنوات من المرض.

دراسة أخرى فحصت خطر حدوث الفشل الكبدي بسبب ال- Lovastatin أشارت الى نسبة مماثلة. في دراسة مراقبة، مزدوجة التعمية، مقابل العلاج الوهمي، تم فحص مخاطر استخدام الستاتينات في المرضى الذين يعانون من أمراض الكبد المزمنة، فقد ثبتت فعالية خفض مستويات الكوليسترول في الدم دون زيادة في حدوث الإصابة الكبدية. على الرغم من هذه المعلومات، فلا يزال هناك قلق غير مثبت حول اعطاء الستاتينات للمرضى الذين يعانون من أمراض الكبد المزمنة. من بين المصابين بهذه الأمراض فليس هناك شك في أن الحاجة إلى اعطاء الستاتينات مهم بشكل خاص للمرضى المعرضون لعوامل الخطر في القلب والأوعية الدموية.

علاج تليف الكبد والتغذية :

النظام الغذائي له أهمية هائلة في علاج تليف الكبد، في الواقع أكثر من 30 ٪ من عامة السكان اليوم يعانون من مرض الكبد الدهني، وليس بالضرورة البدناء. النظام الغذائي هو العلاج الوحيد الذي اثبت اليوم في جميع الأبحاث الطبية انه يساعد على علاج الكبد الدهني بشكل لا لبس فيه. الحمية الغذائية ليست معركة محدودة للحظة وانتهى الأمر، يجب أن نتذكر أن هذا هو تغيير في نمط الحياة، التركيبة الغذائية، الاهتمام بما يدخل الى الفم وممارسة التمارين الرياضية بانتظام.

يبدو الأمر صعب جدا ولكن بالمحصلة فليس من الضروري إجراء تغييرات جذرية، لا ينبغي أن نأكل الخس، لا ينبغي الصوم، فهذا هو تغيير في التصور، تطوير الوعي، للأطعمة الأكثر صحية والأقل صحية. يفضل أن نأكل معظم الوقت الطعام الصحي، التقليل من الأطعمة الأقل صحية. يجب أن ندرك أنه بمجرد أن يتحول ذلك لنمط حياة، فإنه يغير كل الصورة.

الكبد هو جهاز مدهش، لديه القدرة على شفاء نفسه، بل والمدهش أكثر من ذلك هو أنه يشفي نفسه من خلال الحمية الغذائية فقط، لا حاجة لعملية جراحية، لا حاجة لعلاج دوائي خطير. الحمية الغذائية وحدها تشفي الكبد، لا حاجة لحمية غذائية شديدة تذكروا ذلك، فالتغيرات الصغيرة تحدث التغييرات الكبيرة في الكبد.

علاج تليف الكبد بالنشاط البدني :

في دراسة أجريت في مجال الصحة والتغذية على (350 شخصا) وجد أن الأشخاص الذين تم تشخيص NAFLDلديهم قاموا بنشاط بدني أقل في أوقات الفراغ. وجد أن القيام بالنشاط البدني يرتبط بعلاقة عكسيه مع NAFLD ، وخاصة العلاقة مع النشاط اللاهوائي (تمارين المقاومة). هذه النتيجة ليست مفاجأة لأن الدراسات السابقة أظهرت أن النشاط البدني يعبر عنه على وجه الخصوص في التقليل من الأنسجة الدهنية في البطن (دهون تجويف البطن) التي ثبتت كعامل خطر كبير للNAFLD.

التمرينات الرياضية قد تساعد على علاج تليف الكبد NAFLD أيضا من خلال اليات أخرى. النشاط البدني، مع عدم خفض الوزن أو تغير في تكوين الجسم، يعطي حساسية للأنسولين ويحسن العمليات الأيضية للجلوكوز. بالإضافة إلى ذلك، ممارسة الرياضة تحسن أيضا التمثيل الغذائي للأحماض الدهنية عن طريق تشجيع تحللها. التمارين اللاهوائية تزيد من كتلة العضلات بشكل

ملحوظ أكثر من التمارين الهوائية. زيادة كتلة العضلات تسمح باستخدام أكثر كفاءة للجلوكوز مقابل إفراز أنسولين أقل.

في دراسة عرضت مؤخرا في مؤتمر الكبد الأوروبي والتي فحصت تأثير التمارين اللاهوائية (تدريبات المقاومة) ل- 8 أسابيع على علاج تليف الكبد. وجد أن التدريب قلل من كمية الدهون في الكبد وحسن مستويات الجلوكوز في الدم من دون خفض الوزن. توصي جمعية القلب الأمريكية بالدمج بين التدريب اللاهوائي ضمن النشاطات البدنية الموصى بها مرتين في الأسبوع على الأقل. ويشمل التدريب المقاومة كل التمارين التي تفعل وتقوي العضلات بدءا من رفع الأثقال حتى اليوغا.

دراسة أخرى حول تأثير ممارسة التدريبات اللاهوائية على تليف الكبد والتي فحصت تأثير التدريبات اللاهوائية بما في ذلك التمارين في صالة الألعاب الرياضية بمرافقه مدرب اللياقة البدنية والمعالج الطبيعي وفحص الموجات فوق الصوتية المتطور للكبد الذي يعطي أيضا كمية الدهون في الكبد.

فيتامين E وتأثيره على الكبد الدهني :

فيتامين E هو فيتامين مضاد للأكسدة والذي يذوب في الدهون الطبيعية الموجود في الفواكه والخضروات مثل البروكلي، الكيوي وكذلك المكسرات، الفول السوداني، اللوز وزيت عباد الشمس. عدد من الدراسات الصغيرة أثبتت فعالية اعطاء جرعة عالية من هذا الفيتامين، 800 وحدة في اليوم من انزيمات الكبد وبمنع تضرر الكبد. نشرت مؤخرا مقالة كبيرة التي أظهرت انخفاض كبير في مدى الضرر في الكبد بواسطة الخزعة وانخفاض في إنزيمات الكبد في مرضى تليف الكبد الغير مصابين بالسكري والذين تم علاجهم بفيتامين E مقابل العلاج الوهمي، في دراسة استمرت لمدة نحو عامين. وأظهرت دراسة أخرى أجريت على الأطفال والمراهقين الذين يعانون من مرض تليف الكبد انخفاض في علامات تضرر الكبد ولكن لم تصل الى مستوى ذا دلالة إحصائية بالمقارنة مع الدواء الوهمي.

وأظهرت الدراسات السابقة التي فحصت فعالية العلاج بفيتامين E على أمراض القلب والسكري زيادة صغيرة في معدلات الاعتلال والوفيات لدى المرضى الذين عولجوا بمستويات عالية من فيتامين E ، لذلك لا ينصح اليوم بالعلاج بشكل جارف، ولا ينصح به لمرضى السكري أو المرضى الذين يعانون من تليف الكبد.

علاج تليف الكبد والأحماض الدهنية الأوميغا 3

ثبت أن الأحماض الدهنية الأوميغا 3 فعالة في الوقاية من الأمراض الالتهابية وأمراض القلب. في تجربة سريرية أجريت مؤخرا، وعرضت في مؤتمر الكبد الأوروبي الأخير، وجد أن إضافة 3 غرام من الأوميغا 3 يوميا لمدة سنة خفضت كمية الدهون في الكبد بغض النظر عن خفض الوزن، ولكن لم تحسن وضع الندبة أو التهاب الكبد.

أيضا في التجارب السابقة على بني البشر لوحظت فائدة عند اضافة 1-3 غرام من زيت السمك يوميا في الحد من الدهون في الكبد وكذلك في خفض انزيمات الكبد. وقد أثبتت العديد من الدراسات

على الحيوانات أن زيت السمك يساعد الكبد على "التخلص" من الدهون الزائدة في الكبد ويساعد كذلك على تقليل الالتهاب في الكبد. مصادر جيدة لهذه الأحماض هي أسماك المياه العميقة مثل: سمك السلمون، سمك القد، التونة والسردين. جمعية القلب الأمريكية توصي بتناول أسماك المياه العميقة على الأقل مرتين في الأسبوع لمنع أمراض القلب.

علاج تليف الكبد بنبتة الخرفيش Silybum marianum

الخرفيش هو نبات شوكي موجود في منطقتنا. وهو أحد النباتات الطبية القديمة التي تم دراستها بشكل واسع في علاج أمراض الكبد وكذلك تم فحصه على الحيوانات وعلى بني البشر. المركب النشط في هذه النبتة هو السيليمارين silymarin وهو يعمل كمضاد للأكسدة والالتهابات وكمعيق لعمليات تطور ندبة الكبد ويشجع على تعافي الأنسجة الكبدية. كذلك وجد إنه مفيد في تقليل مقاومة الأنسولين الذي يشكل أحد الاسباب الرئيسية لحدوث تليف الكبد.

السيليمارين هو أيضا فعال في خفض إنزيمات الكبد (AST ،ALT). على الرغم من النتائج الواعدة فلا توجد في الوقت الراهن توصية من الجهات المهنية المتخصصة في دراسة أمراض الكبد لإعطاء الخرفيش دون قيود لمرضى تليف الكبد، لأنه ما تزال هناك حاجة إلى المزيد من البحث ويجب فحص عدم تفاعله مع الأدوية الأخرى التي يأخذها المريض. يجب استشارة الطبيب حول أخذ هذا المكمل الغذائي.

علاج تليف الكبد والقهوة

القهوة هي مادة طبيعية ذات خصائص قوية مضادة للأكسدة. في الاونة الأخيرة زادت الدراسات التي تبين أن شرب القهوة (بجرعة من 2-3 أكواب يوميا) يرتبط بانخفاض مخاطر الإصابة بسرطان الكبد، مرض الكبد الكحولي وزيادة أنزيمات الكبد. وقد أظهرت الأبحاث على الحيوانات أن شرب القهوة (بجرعة 2 كوب يوميا)، يخفض بشكل كبير من كمية الدهون في الكبد وكذلك كمية الالتهاب وتضرر الكبد.

دراسة أجريت على 245 شخصا (مرضى بتليف الكبد ومجموعة ضابطة) أثبت أن شرب القهوة كان مرتبطا بانخفاض في السمنة، انخفاض مقاومة الأنسولين وانخفاض في علامات تضرر الكبد.حاليا، ليست هناك توصية شاملة لتناول القهوة للمرضى الذين يعانون من تليف الكبد، لأن هناك حاجة الى المزيد من البحث.

حمض الصفراء

هو عبارة عن الحمض المراري الطبيعي والموجود بتركيز منخفض في الأملاح الصفراوية في الجسم. اعطاء هذا الحمض يستخدم كعلاج لأمراض الكبد في القنوات الصفراوية، على سبيل المثال تليف المرارة الأولي (Primary Biliary Cirrhosis-PBC). مؤخرا تم استخدام هذه الأحماض الصفراوية لعلاج تليف الكبد وكانت النتائج متفاوتة. عدد من الدراسات لم تظهر فعالية لاستخدام الدواء بالمقارنة مع الدواء الوهمي. بالمقابل أظهرت دراسة حديثة انخفاض في علامات

الالتهاب لدى المرضى الذين يعانون من تليف الكبد الذين تم علاجهم بجرعة عالية من حمض الصفراء. الدمج بين الحمض المراري وفيتامين E أظهر أيضا فعالية في الحد من علامات الالتهاب لدى المرضى الذين يعانون من تليف الكبد.

في الملخص، في حين ان المرض كان يعتبر في الماضي مرض غير خبيث، فمن المعروف اليوم أنه قد يتطور الى التهاب، ندبة، تليف الكبد، وحتى الى فشل الكبد وسرطان الكبد. بالإضافة إلى ذلك وجد ان المرض مرتبط بتطور مرض السكري وأمراض القلب. حاليا لا يوجد هناك دواء فعال الذي يمنع تقدم المرض أو تطوره، وبالتالي فهناك اهتمام كبير بتأثير المستحضرات الطبيعية والتغيرات في نمط الحياة على تطور المرض.

7. سرطان المعدة (Stomach Cancer) :

يشكل سرطان المعدة واحدا من الأورام الخبيثة التي تصيب المعدة. ويشهد العالم الغربي، اليوم، انخفاضا في معدلات انتشار سرطان المعدة (Stomach Cancer). ينقسم سرطان المعدة إلى نوعين: الأول يصيب القسم العلوي من المعدة والثاني يصيب القسم السفلي من المعدة. وتسجل معدلات الإصابة بالنوع الأول (الذي يصيب القسم العلوي من المعدة) ارتفاعا، مقارنة بالنوع الآخر. أما في الدول النامية، في المقابل، فإن سرطان المعدة يحتل المرتبة الثالثة من حيث معدلات الانتشار، من بين أمراض السرطان المختلفة.

يتم التمييز، عادة، بين مراحل (درجات) مختلفة من تقدم سرطان المعدة. في المرحلة المبكرة تقتصر الإصابة على منطقة الغشاء الداخلي للمعدة (بطانة المعدة)، وغالبا ما تكون المعالجة الجراحية في هذه المرحلة ناجعة جدا وذات نتائج ممتازة. أما إذا كانت الإصابة قد تعدت منطقة بطانة المعدة إلى طبقة العضل أو العقد الليمفاوية التي تحيط بالمعدة، فإن احتمالات الشفاء تقل كثيرا. وإذا كانت الإصابة في المنطقة العلوية من المعدة، تكون احتمالات الشفاء أقل منها في حال الإصابة في القسم السفلي من المعدة.

أعراض سرطان المعدة :

لا يسبب سرطان المعدة في مراحله المبكرة أية أعراض أو علامات، الأمر الذي يجعل من الصعب تشخيصه. وتشمل اعراض سرطان المعدة وعلامات الإصابة به: الشعور بالضيق وعدم الراحة أو بأوجاع، في الجزء العلوي من البطن، الانتفاخ أو القيء بعد تناول الطعام، انعدام الشهية وفقدان الوزن، الشعور بالضعف نتيجة لفقر الدم (أنيميا - Anemia)، براز أسود اللون أو وجود دم في القيء.

قد يسبب مرض القرحة المعديّة (Gastric ulcer)، أحياناً، أعراضاً مشابهةً لتلك التي تظهر جراء الإصابة بمرض سرطان المعدة.

أسباب وعوامل خطر سرطان المعدة

اسباب سرطان المعدة وأحد أهم العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بمرض سرطان المعدة هو التعرض للجرثومة المعروفة باسم "الملوية البوابية" (Helicobacter pylori) التي تسبب تلوث الغشاء الداخلي للمعدة. ويعود السبب في نحو الثلث من حالات الإصابة بمرض سرطان المعدة، على ما يبدو، إلى التعرض لتلوث بهذه الجرثومة، لكن على الرغم من ذلك، فإن معظم الناس الذين يحملون هذه الجرثومة لا يصابون بأي من الأمراض التي تصيب المعدة.
ثمة عامل خطر آخر يتمثل في المواد التي تحتوي عليها بعض الأطعمة: الأطعمة المدخنة، المجففة، المملحة أو التي تحتوى على التوابل – تزيد من كمية النِترات (Nitrate) في المعدة. وعند تناول هذه المواد بكميات كبيرة تتعرض في داخل المعدة إلى تغييرات كيميائية تحوّلها إلى مواد مسرطِنة (مسببة للسرطان - Carcinogen). وفي المقابل، فإن إتباع نظام تغذية غني بالفواكه، الخضروات أو الأغذية التي يتم تخزينها بطريقة آمنة ويتم حفظها في التبريد يقلل من خطر الإصابة بسرطان المعدة.
بالإضافة إلى هذين العاملين، يعتبر التدخين وتناول المشروبات الكحولية بإفراط من الأسباب التي تزيد من خطر الإصابة بالسرطان في الجزء العلوي من المعدة.
كما يزيد احتمال الإصابة بمرض سرطان المعدة، أيضا، عند الخضوع لعملية جراحية في المعدة. إلا أن عامل الخطر هذا يصبح جديا، على الأغلب، بعد مرور عشرين عاما من موعد إجراء العملية.
تشير الإحصاءات إلى أن إحتمال الإصابة بمرض سرطان المعدة يزداد بمعدل الضعفين - أربعة أضعاف، على الأقل، لدى الأشخاص الذين أصيب أقرباء لهم بمرض سرطان المعدة. وهو أوسع انتشارا بين الرجال، مقارنة بالنساء. كما يظهر سرطان المعدة، بشكل خاص، في المرحلة العُمْرية بين 70 و 75 عاما.

تشخيص سرطان المعدة :

ثمة طرق مختلفة يمكننا خلالها تشخيص سرطان المعدة، أبرزها:

- تنظير المعدة (Gastroscopy): يتم تشخيص سرطان المعدة، غالبا، بواسطة تنظير المعدة، وهو فحص يمكن بواسطته الكشف عن وجود قرحة معدية، سلائل / بوليبات (Polypi)، كتلة ورمية أو تكثف في جدار المعدة الداخلي. وقد يتم خلال الفحص أخذ عينة صغيرة (خزعة - Biopsy) لفحصها مجهرياً.
- التصوير بالأشعة السينية (رنتجن – X - Ray) مع حقن مادة تباينية (باريوم - Barium): لم يعد هذا أسلوبا مفضلا من اجل تشخيص سرطان المعدة ويوما بعد يوم تصبح وسيلة التصوير (Imaging) أقل قبولا واعتمادا.
- التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography – CT): يمكن بواسطته الكشف عما إذا كان السرطان قد انتشر إلى ما بعد جدار المعدة أو ما إذا كان جدار المعدة الداخلي قد أصبح سميكا. ويتم استعمال هذه الطريقة، عادة، لاستكمال عملية الاستيضاح الطبي.
- التصوير فائق الصوت بالتنظير الداخلي (Endoscopic ultrasound - EUS): يتيح هذا الفحص الكشف عن مدى تغلغل السرطان في جدار المعدة وفي العقد الليمفاوية.

علاج سرطان المعدة :

يتعلق علاج سرطان المعدة بالمرحلة التي يتم فيها تشخيص سرطان المعدة. وتشكل العملية الجراحية المُعدَّة لاستئصال الورم من المعدة (Gastrectomy) الطريقة الوحيدة لعلاج سرطان المعدة التي يمكن أن تحقق الشفاء التام من سرطان المعدة. يمكن، خلال هذه العملية، استئصال جزء من المعدة (Partial gastrectomy) أو استئصالِ المعدة بالكامل (Full gastrectomy)، وذلك وفق الحاجة وتبعا لدرجة انتشار الورم. في بعض الحالات المعينة، وخاصة تلك التي يكون الورم فيها قد انتشر إلى جدار المعدة، من المتبع عادة الدمج بين المعالجة الإشعاعية (Radiotherapy) والمعالجة الكيميائية (Chemotherapy).

أما في الحالات التي يتم فيها الكشف عن سرطان المعدة في مرحلة متقدمة، فإن المعالجة تتركز، عادة، في توفير أسباب الدعم والإسناد للمريض، من حيث المحافظة على نظام غذائي سليم وتقديم العلاجات المسكنة للآلام. وقد تنشأ الحاجة، أحيانا، إلى إطعام المريض عن طريق فتحة خاصة محدثة في جدار البطن توصل الى المعدة مباشرة، وهو ما يعرف باسم "فغر المعدة" (Gastrostomy). وقد يتم إطعام المريض، أحيانا، من خلال فتحة محدثة إلى داخل الأمعاء، وهو ما يعرف باسم "فغر الصائم" (Jejunostomy).

على أية حال، يُنصح الأشخاص الذين أصيب أحد أقربائهم بسرطان المعدة بإجراء فحص للكشف عن جرثومة الملوية البوابية (Helicobacter pylori) ومعالجتها، وفق ما تقتضيه الحاجة.

8ـ مرض السل (Tuberculosis) :

مرض السل (Tuberculosis)عبارة عن عدوى تسببها جرثومة يمكن أن تنتشر عن طريق الغدد الليمفاوية ومجرى الدم إلى جميع أنحاء الجسم.

في أغلب الحالات، يمكن العثور على الجرثومة في الرئتين تحديدا.

السل: بين المرض المخفي والنشط :

أغلبية الذين يتعرضون لجرثومة السل لا تظهر لديهم أية أعراض إطلاقا، نظرا لأن هذه الجرثومة تستطيع العيش بشكل كامن (هاجع - Dormant) في الجسم لفترات زمنية طويلة جدا.

ولكن، في حال ضعف الجهاز المناعي (Immune system)، تستفيق الجرثومة لتصبح نشيطة وفعالة، لتسبب تلف وموت أنسجة العضو الذي تهاجمه ولذلك يظهر السل عند المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة الايدز.

مرض السل النشط هو مرض فتاك إذا لم تتم معالجته بالطريقة المناسبة.

بما أن الجرثومة التي تسبب ظهور مرض السل تنتقل عن طريق الهواء، فإن مرض السل يعتبر معديا جدا. ولكن من شبه المستحيل الإصابة بالعدوى نتيجة لقاء اجتماعي لمرة واحدة مع شخص مصاب بمرض السل، إذ يتحتم تعرضه للجرثومة بشكل دائم، أو العيش أو العمل مع شخص مصاب بمرض السل، بصورته النشطة.

السل المقاوم لأدوية متعددة :

السل في حالته الكامنة قد يتحول، في نهاية المطاف، إلى حالته الفعالة، ولذا فمن المفضل إعطاء العلاج الدوائي أيضا للأشخاص الذين لا تظهر لديهم أية أعراض مرضية. ذلك لأن العلاج الدوائي يستطيع التخلص من الجراثيم الهاجعة في الجسم، قبل أن تتحول إلى حالتها الفاعلة.

في الماضي كان مرض السل منتشرا جدا على مستوى عالمي، لكنه أصبح نادر الوجود، أكثر فأكثر، بفضل علاجات المضادات الحيوية (Antibiotics) التي بُدئ بإعطائها لمعالجة مرض السل منذ سنوات الخمسين من القرن العشرين.

وقبل نحو عقدين من الزمن، أعلنت إدارة الصحة الأمريكية أنه قد تم استئصال مرض السل والقضاء عليه، نهائيا، في مختلف أنحاء العالم. لكن هذا الإعلان كان سابقا لأوانه إذ عاد مرض السل ليظهر بصورة جديدة تسمى "السل المقاوم لأدوية متعددة" (Multidrug Resistant Tuberculosis). هذا النوع من السل مقاوم لجميع الأدوية المعروفة، حتى الآن.

أسباب وعوامل خطر السل :

بما أن الجرثومة التي تسبب ظهور مرض السل تنتقل عن طريق الهواء، فإن مرض السل يعتبر مرضا معديا جدا كما ذكرنا سابقاً.

وهذا لا يعني انتقال العدوى من لقاء واحد مع مريض السل، بل يتطلب الامر عدة لقاءات وتواصل معه.

وحتى عندما يحدث ذلك فعلا، فقط 10% من الأشخاص الذين يتعرضون لجرثومة السل يتطور عندهم المرض الفعال لاحقا، نظرا لأن الجرثومة تكون موجودة، على الغالب، في حالة غير فعالة (هاجعة) عندما تدخل إلى الجسم.

أما الآخرون (90% من الذين يتعرضون للجرثومة) فيتم اعتبارهم مصابين بمرض السل المخفي (Occult)، بحيث لا تظهر لديهم أية أعراض لمرض السل ولا ينقلون العدوى إلى آخرين.

والسل قد يتحول، في نهاية المطاف، من حالته الكامنة إلى حالته الفعالة كما أسلف.

أعراض السل :

تنتقل عصيات السل من الحويصلات الهوائية عن طريق الدم لتصل جميع أجزاء الجسم، وبالطبع فهي تواجه المقاومة ويطاردها الجهاز المناعي في كل مكان، إلا أنها تنجح في قتل العديد من الخلايا المناعية، وتظهر بعض الأعراض على الشخص المصاب بالمرض، وهي أعراض أولية مثل: النحافة، والحمى، وزيادة إفراز العرق ليلاً، وعدم الرغبة في تناول الطعام. وقد لا تظهر أي من هذه الأعراض عند بعض المصابين بالمرض، ولكن مع زيادة انتشار العصيات السلية في الجسم تتشكل ثغرات في الرئتين، والتي في بعض الأحيان تشق طريقها إلى المسالك الهوائية الكبيرة في الرئتين، وفي هذه الحالة يكون الهواء الذي يخرج مع سعال الشخص المريض محمل

بعدد كبير من العصيات السلّية، وتستمر هذه العصيات بتشكيل ثغرات في الرئتين مؤدية لمزيد من التلف، كما وقد تسبب ثقوباً في الأوعية الدموية وبالتالي نزيف في الرئتين، فيخرج بعض الدم من فم المريض مصحوباً بالبلغم، ولمرض السل أعراض مختلفة تتنوع بحسب العضو المصاب، فالسل الذي يهاجم العمود الفقري يسبب آلام في الظهر وأحيانا تشوهات.

تشخيص السل :

يمكن الكشف عن العدوى بالسل عن طريق الجلد باستخدام اختبار يدعى اختبار مانت، ويستطيع هذه الاختبار الوصول إلى نتيجة اصابة الشخص بالمرض أم لا بعد ما يقارب 6-8 أسابيع من دخول العصيات إلى جسد المريض، ويقوم هذا الاختبار على حقن الشخص بمادة تسمى بي بي دي تحت جلد الساعد، فإن كان الشخص مصابا بالسل تتشكل تحت الجلد بقعة حمراء بعد يومين إلى أربعة، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن العدوى فعالة. ويوجد اختبار آخر للدم يسمى كوانتي فيرون تي بي، يقوم هذا الاختبار بإظهار فيما إذا كان تعرض الشخص لعصيات السل من قبل أم لا، أمّا في حالة الرغبة في معرفة فيما إذا كان السل فعال أم لا، يقوم الطبيب بأخذ صورة أشعة لصدر المريض ليرى وجود عصيات السل إذا كانت تأخذ شكل ثغرات وكهوف في الرئتين، كما ويراقب الأعراض الظاهرة على المريض، ويأخذ عينات لبلغم المريض ويقوم بفصحها ليتعرف على النوع المحدد للجرثومة المسببة للمرض، مما يسهل عليه ايجاد الدواء الأفضل.

9. **التهاب الكبد** (Hepatitis) :

التهاب الكبد هو عملية تتميز بدرجات مختلفة من ارتشاح (Iinfiltration) الكبد بواسطة خلايا التهابية من الجهاز المناعي (Immune system)، وبتلف خلايا نسيج الكبد نفسه.

يصنّف التهاب الكبد وفقا لمدة استمراره (حاد عند استمراره أقل من 6 أشهر، أو مزمن)، وفق نمطه المرضي (Pathological pattern) ووفق المسبب له.

معلومات هامة حول التهاب الكبد :

هناك العديد من الملوثات التي قد تؤدي إلى الإصابة بالتهاب الكبد، لكن التلوث يكون، في معظم الأحيان، فيروسيا، وفي الغالب من فيروسات التهاب الكبد: أ، ب، ج، د، هـ (A، B، C، D، E).

بقية التلوثات الفيروسية هي أقل شيوعا، وكذلك الملوثات الجرثومية، الملوثات الفطرية والملوثات الطفيلية، هي أقل شيوعا بكثير.

من الممكن أن يؤدي الضرر السميّ للكبد، أيضا، إلى تطور التهاب الكبد. والكحول هي الأكثر شيوعا في هذه المجموعة، والتهاب الكبد الكحولي هو جزء من المرض الكحولي الذي يصيب الكبد.

العديد من الأدوية قد تؤدي، هي أيضا، إلى الإصابة بالتهاب الكبد، مثل: الباراسيتامول (Paracetamol) والإيزونيازيد (Isoniazide). كما يمكن أن يتضرر الكبد من جراء التعرض

لمذيبات مختلفة، مثل المذيبات العضوية (رباعي كلوريد الكربون - carbon tetrachloride) والفطريات السامة.

أنواع الإصابة بالتهاب الكبد :

من الممكن أن يؤدي الاضطراب الحاد في تزويد الكبد بالدم إلى التهاب الكبد الإقفاري (Ischemic hepatitis)، والاحتقان (Congestion) في الكبد، بسبب فشل القلب الاحتقاني (Congestive heart failure) أو متلازمة باد - كياري (Budd - Chiari syndrome).

الأمراض الأيضية (Metabolic diseases) المسببة لتشمع الكبد، مثل مرض ويلسون (Wilson's disease)، داء ترسب الأصبغة الدموية (Hemochromatosis) ونقص ألفا 1- أنتي تريبسين (Alpha 1 - antitrypsin)، قد تظهر كلها أيضا على شكل التهاب الكبد المزمن.

قد يظهر التهاب الكبد بآلية مناعية ذاتية (التهاب الكبد بالمناعة الذاتية - Autoimmune hepatitis) بصورة منفردة، كمرض بحد ذاته، أو كجزء من أمراض مجموعية (Systemic disease)، مثل مرض الساركويد (Sarcoidosis).

من الممكن ظهور التهاب الكبد بعد عملية زراعة كبد، وذلك كتعبير عن رفض الجسم للكبد المزروع، أو من خلال معاودة المرض الأولي. ومن الممكن أن تشمل أمراض قنوات المرارة التي تسبب، بشكل عام، اليرقان الانسدادي (Obstructive jaundice)، التهاب في الكبد، أيضا.

أحيانا، يكون التهاب الكبد مصحوبا بأمراض معوية التهابية، بالإضافة إلى الداء البطنيّ (السيلياك - Celiac).

يعتبر التهاب الكبد الورمي الحبيبي (Granulomatous hepatitis) نوعا خاصا وفريدا من التهابات الكبد، ويتميّز بتواجد أورام حُبَيبية (Granulomas) في الخزعة (Biopsy) المأخوذة من الكبد.

قد ينشأ التهاب الكبد الحبيبي، من ملوثات (مثل جرثومة داء السل - Tuberculosis)، بواسطة أمراض مناعية ذاتية (مثل، ساركويد – Sarcoidosis)، بسبب داء كرون (Crohn's disease - داء الورم الحبيبي الإلتهابي الهضمي المزمن) أو كردة فعل على أدوية أو مرض أولي في الكبد.

قد ينتهي التهاب الكبد بالشفاء التام، ولكنه قد يتفاقم أيضا إلى فشل كبدي حاد (Acute hepatic failure)، تشمع الكبد (CirrhosisLiver) والتهاب مزمن بدرجات مختلفة.

يتأثر سير المرض واحتمالات الشفاء منه بالعامل الممرض (المسبب للمرض) وبحالة المريض الأساسية:

- عمره
- حالته المناعية
- الحمل وأمراض مرافقة.

فمثلا، يتم الشفاء التام، دون علاج، لدى معظم المرضى المصابين بالتهاب الكبد بسبب فيروس التهاب الكبد من نوع أ (Hepatitis A)، وقد يموت نحو 0.4% بسبب الفشل الكبدي (وخاصة من بين المسنين)، ولكن هذا المرض لا يظهر صورة مزمنة.

في المقابل، يصاب بين 50% - 90% من المرضى المصابين بفيروس إلتهاب الكبد من نوع ج (Hepatitis C) بالتهاب الكبد المزمن، إذا لم تتم معالجتهم.

أعراض التهاب الكبد :

أعراض التهاب الكبد ليست محددة، وهي تشمل:

- الحمى (ارتفاع درجة حرارة الجسم)
- الضعف
- فقدان الشهية
- الغثيان والقيء
- نزول الوزن
- الألم في القسم الأيمن العلوي من البطن،
- آلام المفاصل والعضلات،
- اليرقان
- البول الداكن اللون.

نسبة مرتفعة من مرضى التهاب الكبد لا تظهر لديهم أية أعراض ويتم اكتشاف المرض لديهم بطريق الصدفة، من خلال فحوصات الدم. لدى آخرين، قد يكون الفشل الكبدي هو العَرَض الأولي لظهور المرض.

الأعراض السريرية :

الأعراض السريرية لالتهاب الكبد ليست محددة، هي أيضا، والشائعة من بينها هي:

- اليرقان
- تضخم الكبد
- تضخم الطحال
- حساسية الكبد.

يمكن أن يظهر في الفحوصات المخبرية عن طريق الدماء ارتفاع في تركيز إنزيمات الكبد من نوع ناقلات الأمين (Aminotransferase) يرافقه، احيانا، ارتفاع في تركيز البيليروبين (Bilirubin).

وقد يكون عدد خلايا الدم البيضاء مرتفعا، سليما (طبيعيا) أو منخفضا. وكذلك الأمر بالنسبة لعدد صفيحات الدم (Thrombocytes).

أسباب وعوامل خطر التهاب الكبد

يمكن تقسيم العوامل الشائعة المسببة لالتهاب الكبد إلى عدة مجموعات:

- تلوثية : فيروسات التهاب الكبد أ، ب، ج، د، ه (A، B، C، D، E)، فيروس إيبشتاين - بار (Epstein - Barr virus - EBV)، الفيروس المضخّم للخلايا (Cytomegalovirus – CMV)، فيروس الهربس البسيط (HSV - Herpes simplex virus)، تلوثات جرثومية (Bacterial infections)، تلوثات فطرية (Fungal infections) أو تلوثات طفيلية (Parasitic Infections).
- سموم : كحول، أدوية.
- تغيير دهني لا كحولي.
- عوامل وعائية (Vascular): اضطراب في تزويد الدم، فشل القلب الاحتقاني، متلازمة باد - كياري.
- عوامل أيضيّة (Metabolic): داء ترسب الأصبغة الدموية، مرض ويلسون، نقص ألفا 1 - أنتي تريبسين.
- عوامل مناعية ذاتية (Autoimmune): التهاب كبد بالمناعة الذاتية.
- أمراض مناعية ذاتية مجموعية (Systemic autoimmune diseases).
- زرع كبد : رفض الكبد، معاودة (تكرار) المرض الأساسي.
- أمراض الجهاز الهضمي: أمراض أمعاء التهابية، الداء البطني (سيلياك).
- أمراض قنوات المرارة.

يتقرر علاج التهاب الكبد المناسب وفقا للعامل المسبب للالتهاب وكذلك بوضع برنامج غذائي يبتعد عن تناول الدهنيات واللحوم الحمراء.

يتركز علاج التهاب الكبد الناجم عن الأدوية على التوقف عن تناول الأدوية المُمرضة، وفي التهاب الكبد الكحولي يكون العلاج بالكورتيكوستيرويدات (corticosteroids).

فيما يخص التهاب الكبد الثانوي لالتهاب الكبد نوع ج (C) يكون العلاج بواسطة إنترفيرون ألفا (Alpha - interferon) وريبافيرين (Ribavirin)، وفي مرض ويلسون يكون العلاج بواسطة بنسيلامين (D - penicillamine).

10. القرحة الهضمية (Peptic Ulcer) :

القرحة الهضمية هي جرح يظهر، عادة، في الغشاء الداخلي لجدار المعدة أو في الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة (وهو الجزء الذي يسمى "الإثنا عشر"، أو "الإثنا عشريّ" - Duodenum). تتكون القرحة الهضمية عند حصول ضرر في الغشاء الواقي للمعدة أو الأمعاء. فنتيجة لمثل هذا الضرر, قد تسبب عصارات المعدة ظهور جرح في جدار المعدة أو الأمعاء. عصارات المعدة الحمضية, التي تحتوي على حامض الهيدروكوليك (Hydrochloric acid) وإنزيمات تسمى

ببسين (Pepsin), قد تسبب الضرر، أيضا، في منطقة المريء (Esophagus). والمريء هو الأنبوب النازل من جوف الفم إلى المعدة.

وخلافا للاعتقاد الذي كان سائدا في الماضي, لا تعتبر القرحة الهضمية، اليوم، أمرا محتوما, إذ أنها ليست حالة طبية يتحتم على المرضى المصابين بها اعتياد العيش معها طوال حياتهم. ففي معظم الحالات، يكفي العلاج الدوائي المناسب لشفاء معظم حالات القرحة الهضمية, كما يساعد على التخفيف بشكل فوري من أعراضها.

القرحة الهضمية التي تنشأ في جوف المعدة تسمى "قرحة مَعِديّة" (Gastric ulcer). أما القرحة التي تنشأ في الاثني عشر فتسمى "قرحة الاثني عشر" (Duodenal ulcer).

أعراض القرحة الهضمية :

تظهر القرحة الهضمية، بشكل عام، مصحوبة بالأعراض الآتية:

- إحساس بالحرق , التقريص وأوجاع في المنطقة الواقعة بين السرّة (/ Navel umbilicus) وبين عظم القصّ (Sternum). كما يشكو بعض المرضى من أوجاع في الظهر. وقد يستمر هذا الألم لبضع دقائق أو لبضع ساعات, وقد يظهر بشكل متعاقب، طيلة بضعة أسابيع.

يختفي الألم، بشكل عام، لفترة زمنية معينة عند تناول مضادات، أو مخففات، الحموضة.

- فقد الشهية وانخفاض في الوزن.
- شعور بالانتفاخ أو بالغثيان بعد الأكل.
- القيء.
- القيء المصحوب بالدم أو بمادة تشبه ترسبات القهوة.
- براز أسود اللون يشبه القطران أو براز ذو خطوط غامقة من الدم.

أسباب وعوامل خطر القرحة الهضمية :

هنالك عاملان أساسيان لظهور القرحة الهضمية, هما:

- التلوث الناتج عن جرثومة الملويّة البوابيّة (Helicobacter pylori).
- تناول مضادات الالتهاب اللاستيرويدية (Non - steroidal Anti - Inflammatory Drug - NSAIDs / NAIDs).

فجرثومة الملوية البوابية ومضادات الالتهاب اللاستيرويدية تفتت الغشاء المخاطي الواقي للجدار الداخلي للجهاز الهضمي (Digestive System). هذا الغشاء المخاطي يمنع عصارات المعدة من إيذاء المعدة والأمعاء.

تشخيص القرحة الهضمية :

يوجه الطبيب المعالج بعض الأسئلة التي تتعلق بالأعراض التي ظهرت في حال الشك بالإصابة بتقرح هضمي, وأسئلة تتعلق بالحالة الصحية العامة. وبالإضافة إلى ذلك، يجري فحصا جسديا شاملا.

أحيانا, وإذا ما تكون لدى الطبيب شك بوجود قرحة هضمية, أو مرض آخر (مثل عسر الهضم أو تنبيه/ تهيج الطبقة المخاطية في المعدة) والتي تشبه أعراضها أعراض القرحة الهضمية, يحاول في بادئ الأمر معالجة الأعراض بمساعدة بعض الأدوية، حتى قبل محاولة معرفة المسبب لها.

وإذا ما كانت الأعراض غير حادة, والشخص المعني دون سن الـ 55 عاما، يطلب الطبيب إجراء بعض الفحوصات البسيطة (فحوص دم, براز, تنفس) بغية البحث عن علامات تدل على وجود جرثومة الملويّة البوابيّة (Helicobacter pylori) .

الطريقة الوحيدة لتأكيد تشخيص الإصابة بقرحة في الجهاز الهضمي هي الخضوع لفحص طبي أكثر تعقيدا يسمى التنظير الداخلي (Endoscopy), وذلك في محاولة للكشف عن قرحة أو تلوث ناجم من جرثومة الملويّة البوابيّة. يستطيع الطبيب، بواسطة فحص التنظير الداخلي، رؤية جوف المريء, المعدة والأمعاء من الداخل.

يجرى فحص التنظير الداخلي، بشكل عام، على يد طبيب اختصاصي طب الجهاز الهضمي (Gastroenterologist). ومن الممكن إجراء فحص التنظير الداخلي، أيضا، إذا ما ساور الطبيب المعالج الشك بأن الأعراض تدل على الإصابة بسرطان المعدة, وليس بالقرحة الهضمية. وهي حالة نادرة جدا. يستطيع الطبيب، خلال الفحص، أخذ عينة صغيرة (خزعة – Biopsy) من جدار المعدة أو الأمعاء، وقد يقوم بإرسال العينة إلى مختبر لفحص ما إذا كانت تحتوي على خلايا سرطانية.

علاج القرحة الهضمية :

في سبيل علاج القرحة الهضمية، قد يضطر معظم الأشخاص إلى تناول الأدوية, وذلك بهدف التقليل من كمية عصارات الهضم. وفي حال الإصابة بتلوث ناجم عن جرثومة الملويّة البوابيّة, ينبغي البدء بمعالجة ترتكز على تناول مضادات حيوية (Antibiotics).

إذا قام الطبيب بوصف علاج مضاد حيوي لمعالجة التلوث, فعلى المريض تناول كمية الأقراص التي وصفها الطبيب كاملة، بالتمام. وفي مثل هذه الحالة، من المرجح معالجة التلوث والشفاء منه تماما.

وبإمكان المريض تسريع عملية شفائه من القرحة الهضمية ومنع تكرار حدوثها مرة أخرى, من خلال التوقف عن التدخين وتقليل كميات المشروبات الكحولية التي يتناولها. كما أن الاستعمال المتواصل لأدوية مثل أسبرين (Aspirin), إيبوبروفين (Ibuprofen) ونابروكسين (Naproxen) قد يزيد من احتمال حدوث القرحة الهضمية مرة أخرى.

ليس من المحبذ تجاهل الأعراض التي تدل على وجود القرحة. فهي تشكل حالة طبية تتطلب المعالجة. وبالرغم من أن الأعراض قد تختفي لفترة معينة, إلا أن القرحة الهضمية سوف تبقى

موجودة. بقاء القرحة في الجهاز الهضمي دون معالجة مناسبة قد يسبب مشاكل صحية تعرّض الحياة للخطر. وحتى مع وجود العلاج, قد تعاود أنواع معينة من القرحة الظهور في الجهاز الهضمي, مما يتطلب علاجا إضافيا وأكثر شمولية.

11. **مرض كرون** (Crohn's Disease) :

مرض كرون (Crohn's disease) عبارة عن التهاب مُزمن يصيب الجهاز الهضمي عامّةً، من الفم وحتّى الفتحة الشرجيّة. هذا الالتهاب الحاد والمزمن الذي يتفشى في جميع طبقات الجدار المعويّ، غير متتابع، وإنما يتميّز بوجود مناطق غير مُصابة، سليمة وطبيعيّة، قد تتبدّل بأخرى مصابة.

سبب نشوء داء كرون غير معروف، حتى الآن. وعلى ما يبدو، هنالك خليط من الأسباب التي تتضافر، معا، لدى الإنسان المصاب - عوامل وراثيّة (طفرة جينيّة في البروتين NOD - 2 في الكروموسوم ١٦)، عوامل بيئيّة (تدخين، تلوثات عند الولادة) وجراثيم معويّة. وثمة عامل خارجي معيّن يسبب إخلال التوازن في الجهاز الهضمي، يتبعه الالتهاب المزمن. وذروة ظهور مرض كرون تكون، عادة، في العقد الثالث من العمر.

يتميّز مرض كرون بأربع صور (أنماط) مختلفة الطابع ومختلفة الأشكال السريريّة (Clinical forms). تظهر الصورة الالتهابية من داء كرون على شكل أوجاع في الجانب السفلي الأيمن من البطن، مصحوبة بإسهال، حُمّى وانخفاض في الوزن. وتتميز الصورة الانسدادية بالأوجاع وانتفاخ البطن بعد الأكل، الإمساك، الغثيان، القيء وانخفاض الوزن. وتظهر صورة الإنثِقاب المغطّى (المخفيّ) بأعراض مشابهه لتلك التي تميز التهاب الزائدة الدوديّة (Appendicitis) أو التهاب الرتج (Diverticulitis)، ولدى نشوء ناسور (Fistula) او اتصال بين عروة معويّة (Intestinal loop) مع عضو آخر (كيس البول أو المسالك الجنسيّة) أو مع الجلد - فعندها يشكو المريض من الإفراز من الفتحة إلى الجلد، إلى المسالك البوليّة أو المسالك الجنسيّة، وقد تظهر أيضًا علامات تلويث. ويشير الفحص المخبري في مثل هذه الحالة إلى التهاب مزمن – تثقّل (ترسّب) الكريات الحمر بسرعة فائقة (في فحص تثقل الكريات الحمر - esrerythrocyte sedimentation rate), فقر دم أو نقص في البروتينات.

وقد يشمل داء كرون، أيضا، أعضاء من خارج الأمعاء مثل: الجلد، المفاصل، العينين، حصى الكلى ، حصى المرارة واضطرابات شتى في الكبد. وعندئذ يزداد، كثيرا، خطر الإصابة بسرطان الأمعاء الغليظة (سرطان القولون - Colon Cancer)، أو سرطان الأمعاء الدّقيقة.

أعراض مرض كرون :

الأعراض التي تصاحب داء كرون قد تتراوح ما بين المعتدلة والحادّة جدًا. وقد تظهر هذه الأعراض بصورة تدريجية بشكل مفاجئ، دون سابق إنذار.

فيما يلي بعض الأعراض التي تميّز داء كرون:

- الإسهال: الالتهاب الناجم عن داء كرون يحفز الخلايا الموجودة في المناطق المصابة في جدران الأمعاء على إفراز كميّة كبيرة جدًّا من المياه والأملاح. وبما إنه ليس باستطاعة الأمعاء امتصاص فائض السوائل المتراكمة هذه بشكل كامل، يحدث الإسهال. كما تساهم التشنّجات المعويّة الحادّة، هي أيضًا، في إنتاج براز ليّن جدًّا. وفي الحالات الأقل حدة، قد يكون البراز أكثر ليونة من المعتاد وبوتيرة أعلى من المعتاد. ولكن الاشخاص الذين يعانون من داء كرون بشكل حاد قد يعانون من ضرورة التغوط نحو 12 مرة يوميا، إلى درجة تأثير ذلك سلبيا على جودة النوم وعلى الفعاليات اليوميّة.
- أوجاع بطن وتشنّجات: الالتهاب والجروح التي تنتج قد تتسبب بانتفاخ الجدار المعوي إلى درجة تكوّن النّدوب في مواضع وجودها. وقد يؤثر هذا سلبيا على حركة محتويات الأمعاء، مما قد يسبب الآلام والتشنُّجات.
- يسبب داء كرون، في درجته المتوسطة، بشكل عام، شعورا غير مريح، يتراوح بين الخفيف والمعتدل. وكلّما كانت الحالة أكثر حدة، كانت الأوجاع أكثر شدة وقد تكون مصحوبة، أيضا، بالغثيان والقيء.
- دم في البراز: الغذاء الذي يتحرك عبر الأمعاء قد يتسبب بنزف الدم من المناطق الملتهبة، أو قد يتسبب بنزف الأمعاء ذاتها. وفي مثل هذه الحالة، قد تظهر علامات الدم باللون الأحمر الفاتح على أطراف حوض المرحاض، أو باللون الأحمر القاني مع البراز. ولكن، قد يكون الدم،أيضًا، خفيّا غير مرئي.
- قرحات: يبدأ مرض كرون بصورة جروح صغيرة ومتفرّقة على سطح جدران الأمعاء. وفي نهاية الأمر، تتحول هذه الجروح إلى قرحات كبيرة تتغلغل عميقا، وفي بعض الاحيان تنفذ من جدران الأمعاء. وقد تظهر أيضًا قروح في الفم تشبه في صورتها الفطريّات الفمويّة (Oral Candidiasis).
- فَقد شهيّة وفقدان وزن: أوجاع البطن، التشنّجات والالتهاب في جدار الأمعاء قد تؤثّر على وضع الشهيّة وعلى قدرة الهضم وامتصاص الغذاء.
- نواسير وخُراج: الالتهاب المترتب عن داء كرون قد ينتقل عبر جدار الأمعاء إلى داخل أعضاء داخليّة أخرى، مثل المثانة أو عنق الرحم، فتصل (تربط) فيما بينها، وهذا الاتصال يسمّى ناسور (Fistula). هذا الأمر قد يؤدّي أيضًا إلى تكوين خُراج (Abscess)، وهو جرح منتفخ مليء بالقيح (Pus). ويمكن أن ينفذ الناسور، أيضًا، عبر الجلد. تنتشر هذه النواسير بشكل خاص في منطقة الفتحة الشرجيّة وعندها يُسَمّى ناسور العِجان (Perineum Fistula).

وإضافة إلى ذلك، قد يعاني المصابون بمرض كرون بدرجة متقدّمة من الحُمّى والتعب ومن مشاكل أخرى لا علاقة لها، بالضرورة، بالجهاز الهضمي، كالتهاب المفاصل، التهاب العينين، مشاكل في الجلد والتهاب في الكبد أو في القنيّات الصفراوية (التهاب الأقنية الصفراوية - Cholangitis). أما الأطفال المصابون بمرض كرون بدرجة متقدمة فقد يعانون من تأخر في النموّ ومعيقات في التطوّر الجنسي.

ويختلف مسار داء كرون من شخص لآخر. وقد تكون هنالك فترات طويلة خالية من أية أعراض، أو فترات أخرى متكرّرة من آلام البطن والإسهال التي قد يصاحبها، في بعض الأحيان، حُمّى أو نَزف.

أسباب وعوامل خطر مرض كرون :

ما من سبب واضح، حتى الآن، لتجدّد الالتهاب في إطار داء كرون، والباحثون ليسوا واثقين من أن الضغط النفسي، أو التغذية، هما المسؤولان الرئيسيان، على الرغم من إن كلا السّببين قد يزيد من حدّة أعراض داء كرون. وعوضًا عن ذلك، يتركز الباحثون، اليوم، في العوامل والمسببات التالية التي قد تؤدي الى داء كرون:

- الجهاز المناعيّ: من المحتمل، جدا، أن فيروس معين أو جرثومة ما هما المسبب لمرض كرون. فعندما يحاول الجهاز المناعيّ (Immune system) التّصدّي لغزو بدائيات النوى (كائنات ميكروسكوبية دقيقة - Prokaryote)، يتمثل رد الفعل في حدوث التهاب في الجهاز الهضمي. قد يكون بدائيّ النواة المُسَبِّب لتطوّر المرض هو mycobacterium avium subspecies MAP (paratuberculosis)، وهو نوع من الجراثيم يتسبب بأمراض معويّة لدى الأبقار، بالأساس.

وقد وجد الباحثون إن جرثومة MAP هذه محمولة في دم أغلبية المصابين بمرض كرون. كما إنّها متواجدة لدى المصابين بالتهاب القولون التقرّحي (ulcerative colitis). وليس هنالك دليل قاطع، حتى الآن، على أن هذه الجرثومة (MAP) هي المسبب لمرض كرون. ويعتقد بعض الباحثين بأن خللا وراثيا معيّنا يستثير ردة فعل شاذة تجاه الجرثومة لدى أشخاص معيّنين.

ويعتقد غالبية الباحثين بأن الأشخاص المصابين بمرض كرون يصابون به نتيجة لرد الفعل الشاذة التي يصدرها جهازهم المناعي لنوع معيّن من الجراثيم الموجودة بشكل دائم في الأمعاء.

- الوراثة: حوالي ٢٠٪ من المصابين بمرض كرون لديهم آباء، أخوة أو أبناء مصابون بمرض كرون، أيضًا. وقد تبين حصول طفرة (Mutation) في الجين (المورثة - Gene) المسمّى NOD2 / CARD15 لدى غالبية المصابين، وهو العامل المسؤول عن ظهور الأعراض الأولية في جيل مبكّر، إضافةً إلى احتمال كبير لمعاودة ظهور المرض بعد العلاج الجراحي. ويواصل الباحثون بحث التغيرات الوراثية (الطفرات) التي تحصل والتي يحتمل أن تكون المسؤولة عن نشوء مرض كرون.

مرض كرون يصيب الرجال والنساء على حدٍّ سواء.

عوامل الخطر تشمل:

- السنّ: قد يظهر مرض كرون في مختلف المراحل العمرية، لكن الراجح أن يبدأ ظهور الأعراض الأولية في سن مبكّرة. يتم تشخيص معظم المصابين في المرحلة العمريّة بين ٢٠-٣٠ عاما.
- الأصل الإثنيّ: على الرغم من إن الأشخاص ذوي الأصول البيضاء هم الأكثر احتمالا للإصابة بمرض كرون، إلّا أن داء كرون قد يظهر لدى سائر المجموعات الإثنيّة، أيضًا.
- التاريخ العائلي: خطر الإصابة بمرض كرون يكون أكبر عند الأشخاص الذين لديهم قريب من الدرجة الأولى (والد، شقيق/ة، إبن/ة) مصاب بمرض كرون. الشقيق/ة المصاب بمرض كرون يزيد من احتمالات الإصابة بـ ٣٠ ضعفًا.
- مكان السكن: السكن لفترة طويلة في منطقة مَدَنيّة، أو على مقربة من منطقة صناعيّة، يزيد من احتمالات الإصابة بمرض كرون. وبما أنّ هذا المرض أكثر انتشارا بين سكّان المدن

الكبيرة والمناطق الصناعية، فقد يعتبر هذا مؤشّرا على أن العامل البيئيّ هو أحد العوامل المسببة لداء كرون.

- التغذية: الأغذية الغنية بالدهون، أو الأغذية المُصنّعَة (Processed food)، قد تكون بدورها عاملا مؤثّرا إضافيا. كما إن الأشخاص الذين يقطنون في النصف الشمالي من الكرة الأرضيّة هم أكثر عرضة للإصابة بداء كرون، من قاطني المناطق الأخرى.
- التدخين: المدخنون هم أكثر عرضة للإصابة بمرض كرون، من غير المدخّنين. كما أن العلاجات لدى المرضى المدخنين تكون أقلّ نجاعة، بل قد تؤدى حتى إلى تفاقم مرض كرون.
- الأدوية: بالرغم من أن تأثيراتها لم تُثبَت تماما، بعد، إلا أن الأبحاث تقرّ بوجود علاقة بين تناول دواء إيسوتريتينوين (Isotretinoin) وبين نشوء التهابات الأمعاء التقرّحيّة.

مضاعفات مرض كرون :

قد يؤدي مرض كرون إلى ظهور مضاعفات تشمل: انسداد الأمعاء، التقرّحات والنواسير. وحين تتكون نواسير داخلية، قد يتخطّى الغذاء أجزاء ضرورية من الأمعاء الغليظة الضرورية والحيوية جدا لامتصاص الطعام. وإحدى النتائج التي يمكن أن تترتب عن ذلك هي سوء التغذية (Malnutrition).

أما النواسير الخارجية، فقد تتسبب بإخراج محتويات الأمعاء إلى سطح الجلد، وفي حالات أخرى قد تلتهب النواسير وتمتلئ بالخُراج. وهذه الحالة تشكّل خطرًا على حياة المصاب إذا لم تتم معالجتها كما ينبغي.

وإضافة إلى ذلك، فإن مرضى كرون هم أكثر عرضة للإصابة بسرطان الأمعاء الغليظة. وبالرغم من درجة الخطورة المرتفعة، إلا إن نحو ٩٠٪ من المصابين بأمراض الأمعاء الالتهابيّة لا يصابون بالسرطان، البتّة. وقد تبين أن الأدوية المُثبّطة للجهاز المناعي، التي يتناولها المرضى، قد تكون لها علاقة بالإصابة بالسرطان.

تشخيص مرض كرون :

يتم تشخيص مرض كرون بواسطة التصوير بالأشعّة السينيّة (تصوير الأمعاء الدقيقة)، حيث تظهر فيه الأمعاء الدقيقة في نهايتها مضيّقة ومتقرّحة، وفي بعض الأحيان قد يظهر فيها ناسور، أيضا. وثمة وسيلة تصوير إضافيّة هي التنظير المعويّ (Colonoscopy) واختلاج الأمعاء الانتهائية الدقيقة. ومن خلالها يمكن مشاهدة التقرّحات المُميّزة، عدم تتابع الجروح والإصابة المميزة في الأمعاء الدقيقة الانتهائية. كما أنّه من الممكن أخذ عيّنات من الأنسجة المصابة للفحص المجهري، بحيث يمكن من خلالها مشاهدة الرُشاحة (Filtrate) الالتهابية الحادة والمزمنة الذي يشمل الخلايا العملاقة (Giant cell) التي تميز مرض كرون وتحليل الكالبروتكتين (calprotectin) في البراز حيث يرتفع نسبته كثيرا عند المصابين بمرض كرون.

علاج مرض كرون :

من المتبع البدء بالعلاج عندما يكون مرض كرون لا يزال في درجة بين خفيفة وحتّى متوسّطة بمستحضرات ASA - 5 التي يتم تناولها فمويا (عن طريق الفم) بجرعة ٤ غرامات يوميًّا. وفي حال استجابة جسم المريض بصورة جيدة، يجب الاستمرار بالمعالجة الصائِنـة (Maintenance treatment) للحفاظ على الوضع مستتبّا، بالجرعة نفسها. أما في حال فشل هذا العلاج، فينبغي الانتقال، فورا، إلى العلاج بالستيرويدات (Steroids).

علاج مرض كرون بالستيرويدات ممكن عن طريق الفم، أو عن طريق الوريد، تبعا لخطورة المرض. وعلى ضوء التأثيرات الجانبيّة العديدة للبريدنيزون (Prednisone) والستيرويدات الأخرى، لا تزال الأبحاث متواصلة لتطوير ستيرويد ذي تأثيرات جانبيّة أقل. البودزونايد (Budesonide) هو ستيرويد تخليقيّ (Synthetic). وقد أظهرت ثلاثة أبحاث متعددة المراكز الكبيرة، أن لدوائيّ بودزونايد (٩ ملغم لليوم) وبريدنيزون (٤٠ ملغم يوميا، بجرعة متناقصة) فاعلية (نجاعة) متساوية في معالجة مرض كرون، ولكن مع تأثيرات جانبيّة أقل. وحين تفشل الستيرويدات في علاج داء كرون، أو عندما تبدأ مرحلة تّعلّق المريض بها، يتم الانتقال إلى العلاج بأدوية مُعادلة للفاعليّة المناعيّة 6 - MP (بورينتول - Puri - Nethol)، أو آزاثيوبرين (Azathioprine) (إيموران - Imuran). وتصل نسبة الحثّ على هَدْأة المرض (Induction ofremission) إلى نحو ٧٥٪ خلال ٣ أشهر. وعلاوةً على نجاحها في العلاج الأولي، تبقى الأدوية ناجعة أيضا في الحد من جرعة الستيرويد، كما في إغلاق النواسير والمحافظة على هَدْأة المرض.

كذلك، فقد ثبت تأثير ونجاعة المضادات الحيويّة (Antibiotics) في معالجة مرض كرون، دون أدنى شك. فقد ثبتت نجاعة مترونيدازول - Metronidazole (فلاجيل - Flagyl) في معالجة الإصابات حول الفتحة الشرجيّة، في مرض كرون في الأمعاء الغليظة وفي المحافظة على الهَدأة بعد العملية الجراحيّة. الجرعة المتبعة منه هي ٢٠ ملغم/ كغم، يوميا. هذه الكمية غير محتملة في أوساط عدد غير قليل من المصابين، جرّاء الغثيان والطعم المعدني في الفم، مما يصعّب العلاج بهذا الدواء الناجع. كما ثبتت أيضا نجاعة المضادّات الحيوية من نوع سيبروفلوكساسين (Ciprofloxacin) عندما يكون المرض فعالًا وفي معالجة الجروح حول الفتحة الشرجيّة.

معظم التجارب التي تبحث في تأثير وفاعلية الأدوية الجديدة الضابطة للجهاز المناعي تم إجراؤها واختبارها على مرض كرون. هذه التجارب هي تلك التي تم فيها اختبار الأدوية التي تحوي معدِّلات التهاب واقية (I L - 10) أو تلك المضادّة لمعادلات الالتهاب (anti - TNF). وتجتذب مركز الاهتمام في السنوات الأخيرة سلسلة منشورات توثّق النجاح العلاجي الذي حققه الضدّ أحاديّ النسيلة الخَيْمَرِيّ (Chimeric monoclonal antibody) المضاد لعامل نَخر الورم (Tumor necrosis factor - TNF). وللمضاد لعامل نخر الورم (TNF) تأثيرات بيولوجية يمكن أن تكون لها أهمية فائقة جدا في معالجة أمراض الأمعاء الالتهابية، مثل إفراز المعدِّلات، تجنيد خلايا الالتهاب، تفعيل جهاز التخثّر ودور في إنتاج الأورام الحُبَيْبِيّة (Granulomas). التجارب مزدوجة التعمية والخاضعة للمراقبة تدل على نجاعة الضد أحاديّ النسيلة للـ TNF المعطى مرة واحدة وريديًّا (٥ ملغم/كغم) او بإعطاء ٣ حقن خلال عدة أسابيع. وقد يحقق العلاج هدأة لدى المصابين بمرض كرون من النوع المقاوم للعلاج بالستيرويدات وسد النواسير. كما ظهرت نجاعته في الحفاظ على الهدأة.

12. التهاب القولون (Colitis) :

التهاب القولون (colitis) هو الحالة التي يصاب فيها الغشاء المخاطي في القولون ويظهر احمرارا، وذمة، هشاشة وتقرحات في الغشاء المخاطي.

لدى المرضى الذين يعانون من إلتهاب القولون، يظهر في الفحص المجهري ازدياد عدد الخلايا الالتهابية المختلفة (خلايا التهابية مميزة للالتهاب الحاد أو المزمن)، وأحيانا يظهر تشويها في المبنى السليم للجدار والغشاء المخاطي للأمعاء، وتغلغل الخلايا الالتهابية إلى الغدد الموجودة في الغشاء المخاطي القولوني.

أعراض التهاب القولون :

تشمل اعراض التهاب القولون التقرحي بالأساس:

- براز دموي
- اسهال
- زحير (tenesmus) (الشعور بالحاجة الى التبرز)
- حمى
- أوجاع البطن
- نزول الوزن

أسباب وعوامل خطر التهاب القولون :

هنالك مسببات كثيرة ومتنوعة تؤدي الى التهاب القولون. المسببان الأكثر شيوعا هما الإصابة بعدوى أو مرض التهابي مزمن في الأمعاء (التهاب القولون التقرحي - ulcerative colitis، مرض كرون - crohn's disease، التهاب القولون المجهري - microscopic colitis، أو نتيجة لمسبب غير معروف - Indetermined).

تشمل قائمة الجراثيم الشائعة التي تسبب التهاب القولون: الشيغيلية (shigella)، السلمونيلة (salmonella)، القولونية (Escherichi coli)، العطيفة (campylobacter)، المطثية العسيرة (Clostridium difficile). بينما يعتبر داء الأميبات (amebiasis) الملوث الأكثر انتشارا من بين الطفيليات المسببة في التهاب القولون. فيما يعتبر التلوث الناجم عن الفيروسية المضخمة للخلايا (cytomegalovirus) هو المسبب الأكثر انتشارا لالتهاب القولون لدى الأشخاص الذي يعانون من كبت المناعة (immunosuppressed).

هناك أسباب أخرى، لكنها نادرة، ولكنها تسبب التهاب القولون، هي المعالجة الاشعاعية (للحوض أو البروستاتا)، أو عقب نقص في تزويد الدم (اقفار - Ischemia) لمنطقة معينة من القولون. في هاتين الحالتين يكون الالتهاب موضعيًا وغير منتشر.

تشخيص التهاب القولون :

يعتمد التشخيص على شكاوي المريض بالإضافة إلى فحص بدني، مستنبت برازي زرع البراز، والنظر مباشرة إلى الغشاء المخاطي بواسطة تنظير القولون (colonoscopy)، وأيضا بواسطة أخذ خزعة (biopsy).

علاج التهاب القولون :

يعتمد علاج التهاب القولون على مسبب الالتهاب القولوني. حيث يتم علاج العدوى بواسطة المضادات الحيوية، أما في حال وجود مرض التهابي في الأمعاء فيتم استخدام مضادات للالتهاب.

13. مرض أديسون (Addison’s Disease) :

مرض اديسون، ويسمى أيضا قصور الغدة الكظرية (الكظر - Adrenal). ينشأ هذا الوضع نتيجة لفشل قشرة الغدة في إنتاج الهورمونات الستريودية (steroid hormones) التي تفرزها عادة، وخصوصا هرمون الكورتيزول الحيوي.

قد يكون قصور الكظر خِلقيا (مولودا) أو مكتسبا، أوليا او ثانويا.

قصور الكظر الأولي - يتميز بخلل في أحد الإنزيمات الخمسة المسؤولة عن إنتاج الكورتيزول، أو خلل في نسيج الغدة. يظهر القصور الأولي باضطراب في المحاور الثلاثة الفعالة في الغدة: محور إنتاج الكورتيزول (Cortisol)، وهو الهرمون المسؤول عن مواجهة حالات الإجهاد (الكرب) والمحافظة على توازن ضغط الدم. محور الإلدوستيرون (Aldosterone)، الفاعل في المحافظة على توازن الأملاح والسوائل، ومحور الهرمونات الجنسية التي يتم إفرازها بكمية قليلة.

قصور الكظر الثانوي - يتميز بنقص في هرمونات الدماغ من محفزات الغدة (CRH ،ACTH). يحدث القصور الثانوي، غالبا، بسبب أورام في الغدة النخامية (pituitary gland / Hypophysis)، أو تلفها بسبب تلوث أو نزيف.

السبب الأكثر انتشارا لقصور الكظر الخلقي (منذ الولادة) هو خلل وراثي في أحد البروتينات المشاركة في إنتاج الهرمونات، ويظهر غالبا في الأشهر الأولى من الحياة. تشمل أعراض المرض: الضعف، أوجاع البطن، ضغط الدم المنخفض، انخفاض مستويات السكر والصوديوم في الدم. وفي الحالات الحادة، كحالات الإجهاد، التي يحتاج الجسم فيها إلى إفراز كميات كبيرة من الكورتيزول، قد يؤدي نقص بارز في هذا الهرمون إلى الإغماء، بل وإلى الصدمة، التي قد تسبب الموت إن لم تتم معالجتها.

يتم التمييز بين النوعين (الأولي والثانوي)، عادة، بواسطة بعض الأعراض وبواسطة نتائج المختبر. مثلا، فرط تصبّغ الجلد والأغشيه المخاطية وانخفاض تشعّر الجسم (عند النساء فقط) – هذه الأعراض تظهر في القصور الأولي فقط.

السبب الأكثر انتشارا لقصور الكظر الأولي المكتسب هو تلف قشرة الغدة على خلفية تتعلق بالمناعة الذاتية (Autoimmune). ويحدث هذا، عادة، بسبب تلف مناعي ذاتي في الغدة، وقد يكون مصحوبا بإصابة في غدد أخرى، مثل الغدة الدرقية (Parathyroid gland)، واضطرابات مثل: انخفاض مستوى الكلسيوم، بقع تفتيح (البهاق – Vitiligo)، اضطراب في التطور الجنسي لدى الأطفال، قصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism) ومرض السكري من نوع (1) لدى البالغين الشباب. ويكون سبب هذا الضرر، أحيانا، نزيفا إلى داخل الغدد، وخاصة لدى المرضى الذين يتناولون أدوية مضادة للتخثر.

وثمة مسبب أكثر ندرة هو مرض وراثي موجود في ارتباط مع الكروموزوم X، مصحوبا بضرر عصبي، ويظهر غالبا لدى الأبناء الذكور.

تكون الصورة الثانوية من المرض، عادة، مصحوبة بنقص هرموني إضافي، ومن الممكن أن تكون خلقية (مولودة)، أو مكتسبة نتيجة أورام، إصابة أو إشعاع إلى منطقة الغدة النخامية أو الوطاء (هيبوتلموس – Hypothalamus)، وكذلك بسبب كبت المحور المسؤول عن إنتاج الكورتيزول إثر علاج متواصل بواسطة ستيرويدات بجرعات كبيرة.

التعبير السريري لقصور الكظر غير فريد ويشمل: فقدان الشهية، الغثيان، القيء، الإسهال، أوجاع للبطن، انخفاض الوزن، شره للملح، الضعف، التعب، الدوخة، التشوش، الاكتئاب وحتى فقدان الوعي. الأعراض التي تساعد على تشخيص قصور الغدة الكظرية بصورته الأولية هي: فرط تصبّغ (Hyperpigmentation) الجلد والأغشية المخاطية، الوزن المنخفض، ضغط الدم المنخفض والنبض السريع. في فحص دم روتيني يظهر عدد كبير (كثرة) من كريات الدم البيضاء من نوع اوسينوفليس (Eosinophils)، مستويات مرتفعة من البوتاسيوم ومستويات منخفضة من الصوديوم والسكر.

تشخيص مرض اديسون :

يتحدد تشخيص مرض اديسون على أساس المستوى المنخفض جدا من الكورتيزول بالدم، أو على أساس انعدام رد الفعل لمحفزات مختلفة، مثل التحفيز بواسطة الموجهة القشرية (Corticotropin)، أو بواسطة إيحاء مستوى منخفض من السكر. في فحص الدم المعد للتشخيص نجد تركيزا منخفضا للكورتيزول قبل التحفيز وبعده، بواسطة الهرمون المحفز للغدة (ACTH)، مستوى مرتفعا من الـ ACTH ومستوى مرتفعا من هرمون الكلى رينين (Renin) الذي يحفز إفراز الهرمون الحافظ للملح (الدوستيرون – Aldosterone). وبتأثير مناعي ذاتي، تظهر في الدم أضداد للغدة، وبالصورة العصبية – مستوى مرتفع من الأحماض الدهنية الطويلة السلسلة. أعراض قصور الغدة الكظرية (مرض أديسون) بصورته الثانوية شبيهة بأعراض صورته الأولية، باستثناء فرط تصبّغ الجلد والشره للملح. مستويات البوتاسيوم والرينين تكون طبيعية، بينما يكون مستوى ACTH منخفضا أو طبيعيا. يساعد التشخيص المبكر على تقديم العلاج الصحيح والمناسب ومنع الموت.

علاج مرض اديسون :

يعتمد علاج مرض اديسون على تناول بدائل الكورتيزول (بشكل عام: هيدروكورتيزون – HYDROCORTISONE، أو بريدينزون – Prednisone). يتم العلاج الدائم للقصور الأولي بواسطة الدمج بين جرعة من الهرمونات البديلة من عائلة الكورتيزول مع دواء لحفظ الملح (بديل للألدوستيرون). في حالة القصور الثانوي، يتم العلاج بواسطة هرمونات من عائلة الكورتيزول فقط، بدون دواء لحفظ الملح. في حالة القصور الأولي لدى النساء، هنالك حاجة إلى فحص إمكانية إعطاء الأندروجين، أيضا.

من المحبذ أن يحمل كل مريض، معه بشكل دائم، وسيلة تعريف خاصة تشير إلى حالته، وذلك لضمان وتسهيل تقديم المساعدة له في حال فقدانه الوعي.

في إطار عملية المتابعة والرصد يجب نفي وجود نقص في هرمونات أخرى أو نقص عصبي.

يجب زيادة الجرعة الدوائية في حالات الإجهاد (الكرب) مثل أمراض الحمى أو العمليات الجراحية، وذلك لمنع تفاقم الأعراض، والمسمى "أزمة أديسون".

14. تعذر الارتخاء المريئي (Achalasia) :

هو اضطراب في حركية المريء (الاضطراب عصبي عضلي)،

تضعف فيه حركية عضلات المريء(ضعف في قدرة العضلات على دفع الطعام أسفل المريء) و فشل في إنبساط عضلات المريء السفلية(les) ....

الشكل الأكثر شيوعا للارتخائية هو الشكل الأساسي مجهول السبب لكن هناك نسبة بسيطة تحدث كنتيجة ثانوية لسبب آخر وتدعى في هذه الحالة اللاارتخائية الثانوية أو اللاارتخائية الكاذبة...

مقدمة :

الأكاليزيا معروفة أيضا بأكاليزيا المريء , تشنج عضلة الفؤاد أو إضطراب حركية المريء , و هي بشكل عام إضطرابات حركية المريء التي تحدث نتيجة تأثر طبقة العضلات الهضمية البسيطة (smooth muscles) الخاصة بالمريء و خصوصا منطقة أسفل المريء , و المرض يتسم بعدم إكتمال إرتخاء عضلات أسفل المريء و زيادة إنقباضها بالإضافة إلى عدم ترتيب حركية المريء .

الأكاليزيا تحدث في شكل : صعوبة في البلع , إرتجاع الطعام و في بعض الأحيان آلام بالصدر .

يمكن تشخيص الأكاليزيا عن طريق قياس قوة إنقباض و إرتخاء عضلات المريء , أشعة الباريوم و منظار المريء و المعدة , أما بالنسبة للعلاجات فهي متعددة مثل البوتوكس (سم الثعبان) , توسيع المريء بالمنظار أو الجراحة

علامات و أعراض المرض :

1 – الأعراض الرئيسية تتشكل في صعوبة البلع و إرتجاع الطعام , صعوبة البلع تتسم بأنها تزداد سوء بمرور الوقت لتكون صعوبة البلع شديدة لكل من السوائل و الطعام .

2 – انتقاص الوزن .

3 – الكحة عند النوم بشكل مستقيم على الظهر .

4 – ألام بالصدر .

5 – حموضة شديدة .

6 – شرقة متكررة نتيجة إرتجاع السوائل و الأطعمة و دخولها في القصبة الهوائية .

7 – رائحة فم كريهة .

التشخيص :

يكون التشخيص المبدئي مبني على شكوى المريض و يكون تأكيده عن طريق أحد الفحوص التالية:

1 – أشعة الباريوم : حيث يقوم المريض بشرب مادة الباريوم ثم يتم تصويره بالأشعة فنجد زيادة في إستيعاب المريء و تمدد ملحوظ بالمريء مع ضيق شديد بمنطقة اسفل المريء .

لاحظ إتساع المريء المشار إليه بالأسهم

صورة أشعة تبين تمدد المريء , لاحظ الضيق بأسفله .

2 – دراسات ضغط المريء : و تتم عن طريق إدخال أنبوب رفيع من خلال الأنف للمريء ليقوم بقياس قوة إنقباض عضلات المريء .

3 – منظار المعدة سواء كان مصاحبا بسونار للمريء أم لا للتأكد من عدم وجود أورام سرطانية , أخذ عينة من المريء بالمنظار ليت ذات أهمية للتشخيص , و إن يكن , سيثبت تحليل الأنسجة قلة التغذية العصبية لأنسجة العضلات .

طرق العلاج :

1 – تغيير عادات الطعام : و ذلك قبل و بعد العلاج سواء كان جراحي أو توسيعي بالمنظار من خلال تقسيم الوجبات بحيث تكون أصغر و مضغ الطعام جيدا و شرب كميات كافية من الماء , و يراعى النوم مع رفع الرأس جيدا بوسائد إضافية لمنع إرتجاع الطعام و مساعدته في النزول إلى المعدة بحكم الجاذبية , و أيضا يجب تناول بعض الأدوية مثل ال ppis لتنظيم إفرازات المعدة الحمضية و تقليل الإرتجاع .

و يجب مراعاة بعض الأطعمة مثل البهارات , الشطة , القهوة , الكحول و الشكولاتة .

2 – العقاقير مثل :

* ال calcium channel blockers تريح المريء و لاكن لها أعراض جانبية مزعجة مثل الصداع و تورم القدمين .

* سم البوتيولينيوم , و هو يحقن في مناطق الضيق بالمريء ليسبب إرتخاء العضلات المنقبضة و مفعوله يمتد لمدة 6 أشهر ثم يحتاج المريض للحقن مرة أخرى , و هذا النوع من العلاج يفضل لمن لا يمكنه عمل الجراحة .

3 – التوسيع البالوني بالمنظار , وذلك يكون من خلال جلسة واحدة او عدة جلسات ويم تحديد عددهم بناء على مدى شدة الحالة او خفتها .

4 – جراحياً : و يكون عن طريق شق العضلات المنقبضة جراحيا أو بالمنظار الجراحي .

صورة توضح اماكن الدخول بالمنظار الجراحي

المنظار الجراحي اثناء العملية .

و هناك علاجات أخرى قيد الأبحاث ولاكن لم تثبت فاعلية حتى الأن .

15. الدودة الشصية (Hookworm Infections) :

ديدان الانكلستوما أو الديدان الخطافية Hookworms من اخطر انواع العدوى التي تصيب الانسان و تتطفل عليه مثل ديدان الإنيميا لذلك هي من الطفليات يوجد نوعين شائعين هما Ancylostoma Duodenale و Necator Americanus تصيب احد انواع الانكلستوما ربع سكان العالم ، هي دودة اسطوانية تعرف قديمًا باسم الشصية تعيش بالأمعاء الدقيقة لكل من الانسان و الكلاب و القطط و لكن 90% من اعراض تلك الديدان تمر دون اعراض و تسبب فقر الدم ، تعيش الديدان في المناطق الحارة الرطبة بالعالم ، تدخل الديدان إلى الجسم من خلال الجلد فيما بين الاصابع للقدم الحافية و تتحرك عن طريق الأوردة مع تيار الدم حتى تصل إلى الرئتين من ثم تصل اليرقان فتصعد إلى الفم ليبتلعها الانسان و تستقر بالأمعاء الدقيقة .

تقوم تلك الديدان بتثبيت نفسها عن طريق افواهها المسلحة بشفرات حادة لتلصق بالبطانة الداخلية للأمعاء الدقيقة فتبدأ بالنمو و تعيش بالأمعاء لمدة قد تصل إلى خمسة سنوات و لكنها لا تتكاثر داخل جسم الانسان ، بعض المرضى لا يعانون من ايه اعراض و البعض الاخر يصاب فقط بالطفح الجلدي مكان اختراق الجسم و سعال و ضيق بالصدر و بلغم مختلط بالدم مع الاسهال و الم البطن.

طرق العدوى بالديدان الخطافية :

ينتج عن الديدان الخطافية داء احتشاء الديدان الشصية (الانكلستوما) و تشخص عادة بازعاج بطني و اسهال و فقر دم حاد ، هي عبارة عن ديدان خيطية مائلة للصفرة تعيش بالأمعاء الدقيقة تتميز الانثى بالطول عن الذكر قطرها 0.6 مل و جسمها اسطواني مدبب لها فم و زوجان من

الاسنان تسمى القواطع تتعلق بواسطتها في جدران الامعاء حيث تنهش الغشاء المخاطي المبطن للأمعاء الدقيقة ليسيل الدم فتتغذي عليه تتغذي الدودة على نصف سم من دم المصاب بها يوميًا و تقوم بإفراز مواد مضادة للتجلط و مواد اخرى تؤثر على الجهاز العصبي و لكنها تنتشر في الريف بأعداد كبيرة .

تدخل إلى الانسان العائل تكون مدة الحضانة 6 اسابيع و تعيش إلى 5 سنوات يخرج البيض من براز الشخص المصاب بالعدوى ليتحول داخل التربة الرطبة و بعد يومين يتحول إلى الطور المعدي و يعيش لمدة ثلاثة اشهر بعد اكتمال النمو يخترق جلد الانسان و داخل الامعاء تنمو اليرقة إلى الدودة الكاملة حيث تتعلق بالجزء العلوي من الامعاء عن طريق الخطاطيف او الاسنان تخترق اليرقة جلد الانسان اثناء السير دون حذاء أو عند الجلوس على الأرض ، تبدأ دورة حياة الدودة بالتزاوج بين الذكر و الانثى و خروج بويضات الانكلستوما مع براز الانسان المصاب حيث تضع الدودة الواحدة نحو 20 ألف يرقة في اليوم .

أعراض دخول اليرقة الجسم و اهم المضاعفات :

حكة الجلد مع الاحمرار و التورم في الاماكن المخترقة تسمى مرحلة الطور المعدي .

الحمى و ارتفاع درجة الحرارة و ضيق التنفس و السعال المصاحب للدم عند اختراق الديدان للحويصلات الهوائية .

مغص و تعنيه مع براز مصاحب بمخاط يسبب اختراق الديدان لجدار الامعاء .

في حال تكاثر الدودة او وصول عدد الدود بجسم الانسان إلى 30 يصاب الانسان بفقر الدم و يصاب بفقر الدم الحاد عند وصولهم إلى 300 دودة بسبب انها تتغذي على الدم .

اعراض اصابة الاطفال هي فقر الدم و بط الادراك و النمو و الحركة كما انها قد تسبب في انتشار الانسجة المتورمة بالجسم .

في حالات الحمل تسبب عدم اكتمال الجنين او الولادة المبكرة و انخفاض وزن المولود .

كيفية تشخيص الحالة :

بالتشخيص السريري بالإضافة للأعراض السالفة يشعر المريض بقرصه الناموسة و تظل على هيئة خطوط حمراء و تحول بطن المريض إلى ما يشبه بطن القدر و ينحل المصاب و يهزل او عن طريق الفحص المعملي عن طريق اختبار البراز لتعرف على البويضات .

طرق العلاج و الوقاية :

من العلاجات المهمة لتلك الحالة دواء Albendazole و لكنه غير مناسب للحامل تعطي فقط اقراص الحديد و اقراص الفوليك اسيد و فيتامين ب12 ، من اهم طرق الوقاية عدم السير بدون حذاء و الاهتمام بالنظافة الشخصية و العامة و الفحص الطبي لعمال المزارع و المناجم و الوعي الصحي و البدني .

16. الإيدز (AIDS) :

الإيدز هو مرض مزمن يشكل خطرا على الحياة، وهو ناجم عن فيروس يسبب فشلاً/ قصوراً في الجهاز المناعيّ لدى البشر (فيروس نقص المناعة البشري / أو: فيروس العَوَز المناعي البشريّ - HIV - Human Immunodeficiency Virus). أو، باختصار: فيروس الإيدز.

كيف يعمل فيروس الإيدز؟

يسلب فيروس الايدز الجسم قدرته على محاربة ومقاومة الفيروسات، الجراثيم والفطريات من خلال إصابته للجهاز المناعي، فيجعل الجسم عرضة للإصابة بأمراض مختلفة.

يعرّض الايدز (فيروس HIV) جسم الإنسان للإصابة بأنواع معينة من السرطان والالتهابات، التي كان بإمكانه (الجسم)، بشكل عام، محاربتها والتغلب عليها، مثل الإلتهاب الرئوي وإلتهاب السحايا. ويُطلق على الفيروس والإلتهاب الذي يسببه اسم الايدز (فيروس HIV).

يشكل مصطلح "نقص المناعة المكتسب" (أو: مُتلازمة العَوَز المناعيّ المُكتَسَب - Acquired immunodeficiency syndrome) (بإختصار: AIDS – مرض الايدز)، تعريفا لمرض الايدز في مراحله الأكثر تقدما.

نحو 39,5 مليون إنسان في مختلف أنحاء العالم مصابون اليوم بفيروس الايدز. بالرغم من كبح الايدز في عدة دول من العالم، إلا أن مدى انتشار الايدز ما زال على حاله، بل إزداد في دول أخرى.

ويكمن الحل لمنع إستمرار إنتشار الايدز في: الوقاية، العلاج والتوعية.

اعراض المرض :

تختلف اعراض الايدز من حالة إلى أخرى، وطبقا للمرحلة العينية من مرض الايدز.

المراحل المبكرة من التلوث:

في المراحل الأولى من التعرض لفيروس الايدز، قد لا تظهر أية أعراض أو علامات لمرض الايدز، بالرغم من أن الشائع جدا في مرض الايدز هو ظهور أعراض تشبه أعراض الإنفلونزا، سرعان ما تختفي بعد أسبوعين حتى أربعة أسابيع منذ لحظة التعرض لفيروس الايدز.

وقد تشمل اعراض الايدز :

- إرتفاع درجة حرارة الجسم (حمّى)
- الصداع، آلام في الحنجرة
- إنتفاخ في منطقة الغدد اللمفيّة
- الطفح الجلدي.

إذا كان شخص ما قد تعرض لفيروس الايدز، فمن المحتمل أن ينقل فيروس الايدز إلى أشخاص آخرين (أن يصيبهم بالعدوى بفيروس الايدز)، حتى وإن لم يظهر عليه أي من اعراض الايدز.

فما أن يدخل فيروس الايدز إلى الجسم حتى يصبح الجهاز المناعي عرضة للهجوم. يقوم فيروس الايدز بالتكاثر ومضاعفة نفسه في داخل الغدد اللمفية، ومن ثم يبدأ بعملية تدمير بطيئة للخلايا اللمفاوية من نوع (Lymphocytes T CD4)- وهي خلايا الدم البيضاء المسؤولة عن تنسيق جميع عمليات وأنشطة الجهاز المناعي.

المراحل المتقدمة من التلوث:

قد لا يعاني المصاب من أية أعراض في المراحل المتقدمة من الايدز خلال فترة تتراوح بين سنة واحدة وتسع سنوات، بل وربما أكثر من ذلك في بعض الأحيان.

ولكن فيروس الايدز يواصل، في هذه الأثناء، التكاثر ومضاعفة نفسه وكذلك تدمير خلايا الجهاز المناعي، بشكل منهجي.

في هذه المرحلة قد تظهر لدى المصاب بعض اعراض الايدز المزمنة، مثل:

- إنتفاخ في الغدد اللمفية (وغالبا ما يشكل هذا أحد الأعراض المبكرة للإصابة بعدوى فيروس الايدز)
- إسهال
- فَقْد وزن
- ارتفاع درجة حرارة الجسم (حمّى)
- سعال
- ضيق نَفَس.
- المراحل الأخيرة من التلوث:

في المراحل الأخيرة من اعراض الايدز والإصابة بفيروس الايدز، والتي تكون بعد 10 سنوات وأكثر من التعرض لفيروس الايدز في المرة الأولى، تبدأ بالظهور أعراض الايدز الأكثر خطورة وعندئذ يصبح التلوث في حالة تمكّن من تسميته بمرض الايدز.

في العام 1993، وضعت "مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية" (CDC) تعريفاً جديداً لمرض الايدز، هو التالي: يعتبر الايدز مرضا إذا وُجد فيروس الإيدز في الجسم (وهذا يمكن التأكد منه إذا بينت نتائج فحوص وجودَ أضداد (Antibodies) لفيروس الإيدز في الدم) مصحوباً بواحد من أعراض الايدز التاليين:

ظهور أخماج / تلوثات / عدوى إنتهازية (Opportunistic infection): تحدث عندما يكون الجهاز المناعي ضعيفا أو مصابا، مثلما في حالة الالْتِهابٌ الرِئَوِيٌّ بالمُتَكَيِّسَةِ الجُوْجُوِيَّة (Pneumocystis carinii pneumonia – PCP)

تعداد الخلايا اللمفيّة (اللمفاويات - Lymphocytes): من نوع CD4 في الدم يبلغ 200 أو أقل – علما بأن القيمة السليمة يجب أن تتراوح بين 800 و 1200.

كلما تطور مرض الإيدز وتفاقم، يشتد الضرر اللاحق بالجهاز المناعي فيضعف أكثر فأكثر، الأمر الذي يجعل الجسم فريسة سهلة للتلوثات الإنتهازية.

أعراض الايدز وبعض هذه التلوثات تشمل:

- التعرق الليلي المفرط
- قشعريرة برد أو حمّى فوق الـ 38 درجة مئوية تستمر لعدة أسابيع
- السعال الجاف وضيق النفس
- الإسهال المزمن
- نقاط بيضاء دائمة أو جروح غريبة على اللسان وفي جوف الفم
- الصداع
- التشوش أو اضطراب الرؤية
- فَقْد الوزن
- وفي مرحلة أكثر تقدما من الايدز يمكن أن تظهر أعراض إضافية، مثل:
- التعب الدائم الذي لا يمكن تفسيره
- التعرق ليلي مفرط
- قشعريرة برد أو حمّى فوق الـ 38 درجة مئوية تستمر لعدة أسابيع
- إنتفاخات في الغدد اللمفيّة تستمر لمدة تزيد عن ثلاثة أشهر
- الإسهال المزمن
- الصداع الدائم.

كما تزيد الإصابة بعدوى فيروس الإيدز من خطر الإصابة بأنواع معينة من السرطان، وخصوصا غرن كابوزي (ساركومة كابوزي - Kaposi's Sarcoma)، سرطان الحنجرة وسرطان الغدد اللمفيّة (لِمفومَة - Lymphoma)، رغم إنه بالإمكان الحدّ من خطر الإصابة بهذه الأمراض بواسطة علاجات وقائية.

أعراض الإيدز لدى الأطفال:

- مشاكل في إرتفاع الوزن
- مشاكل في النمو
- مشاكل في السير
- تباطؤ النمو العقلي
- مَراضَة (Morbidity) خطيرة بأمراض أطفال شائعة، مثل: إلتهابات الأذنين، إلتهاب الرئتين وإلتهاب اللوزتين (Tonsillitis).

أسباب وعوامل خطر الإيدز :

عادة، تهاجم خلايا الدم البيضاء والأضداد الكائنات الحية (Organisms) الغريبة التي تغزو الجسم وتقوم بتدميرها.

يتم تنظيم وتنسيق ردة الفعل هذه بواسطة خلايا دم بيضاء تسمى لمفاويات (أو: خلايا لمفاوية / لمفيّة - Lymphocytes) من نوع CD4. وتشكل هذه اللمفاويات، أيضا، الهدف المركزي لفيروس الإيدز، الذي يهاجم هذه الخلايا ويتغلغل إلى داخلها.

بعد نجاح فيروس الإيدز باختراق هذه الخلايا، يقوم بإدخال مادته الجينية إليها، وبهذه الطريقة يقوم باستنساخ (مضاعفة) نفسه. ثم تبدأ فيروسات الايدز الجديدة، المستَنْسَخة، بالخروج من الخلية اللمفية المضيفة والدخول في مجرى الدم، حيث تبدأ هناك بالبحث عن خلايا جديدة لمهاجمتها.

في تلك الأثناء تموت الخلية اللمفية المضيفة وخلايا CD4 السليمة المجاورة بسبب تأثيرات فيروس الايدز المهاجِم. وتشكل هذه الظاهرة ظاهرة دورية تعيد نفسها، مرارا وتكرارا.

هكذا يتم، في هذه العملية، إنتاج ملايين الخلايا الجديدة من فيروس الإيدز يوميا. وفي نهاية هذه العملية، يقل عدد خلايا CD4، حتى الوصول إلى نقص مناعة خطير، الأمر الذي يعني عدم قدرة الجسم على مقاومة الفيروسات والجراثيم المسببة للأمراض والتي تهاجمه.

كيفية الإصابة بعدوى فيروس الإيدز: اسباب الايدز :

قد تحصل الإصابة بعدوى فيروس الإيدز (HIV) بعدة طرق، بينها:

1- الاتصال الجنسي: وهي اهم اسباب الايدز ويمكن الإصابة بالعدوى بفيروس الايدز عن طريق إتصال جنسي مهبلي، فموي أو شرجي، مع شريك (شريكة) حامل لفيروس الايدز، لدى دخول أحد هذه الامور إلى الجسم: الدم، المَني أو الإفرازات المهبلية (من الشريك أو الشريكة).

ومن اسباب الايدز والإصابة بالعدوى بفيروس الايدز، أيضا، في حال الاستعمال المشترك لأدوات (ألعاب) جنسية لم يتم غسلها وتنظيفها أو لم يتم تغليفها بعَازِلٌ ذَكَرَيّ (Condom) نظيف بين الإستعمال والآخر.

يعيش فيروس الايدز في المني أو في الإفرازات المهبلية التي تدخل إلى الجسم، عند الممارسة الجنسية، من خلال جروح أو تمزقات صغيرة موجودة أحيانا في المهبل أو في المستقيم (Rectum – الجزء من الأمعاء الغليظة بين القولون الحَوضي وقناة الشرج).

إذا كان شخص ما حاملا لمرض جنسي معدٍ آخر، فإنه يكون أكثر عُرضة للإصابة بفيروس الإيدز. وخلافا لما كان يعتقده الباحثون في الماضي، فحتى النساء اللواتي يستعملن مبيد المَني (Spermicide) من نوع نونوكسينول 9 (Nonoxynol 9) معرضات، هن أيضا، للإصابة بفيروس الايدز. ذلك إن مبيد المَني هذا ينبه الغشاء المخاطي الداخلي للمهبل، الأمر الذي قد يحدث شقوقا وتمزقات يمكن لفيروس الايدز أن ينفذ من خلالها إلى داخل الجسم.

2- العدوى بفيروس الايدز من دم ملوث: في بعض الحالات، من الممكن أن ينتقل فيروس الايدز بواسطة الدم أو مشتقات الدم، التي تُعطى لإنسان عن طريق الحقن بالوريد وهو احد اسباب الايدز

المنتشرة (نَقل الدم الوريديّ - Intravenous transfusion). منذ العام 1985، تقوم المستشفيات وبنوك الدم في الولايات المتحدة بفحص الدم المتبرَّع بغية الكشف عن أية أضداد لفيروس الإيدز يمكن أن تكون فيه. وقد قلصت هذه الفحوصات، بشكل كبير، أخطار التعرض لفيروس الايدز من جراء النقل الوريدي، بالإضافة إلى تحسين فرز المتبرعين وتصفيتهم.

3- إبر الحقن: ينتقل فيروس الإيدز بسهولة بواسطة الإبر أو الحقن الملوثة التي لامست دما ملوثا.

إن إستعمال أدوات مشتركة للحَقن الوريدي يزيد من خطر التعرض لفيروس الإيدز وأمراض فيروسية أخرى، مثل إلتهاب الكبد.

يزداد خطر الإصابة بالعدوى بفيروس الايدز مع إزدياد اسباب الايدز مثل، إستعمال المخدرات عن طريق الحقن الوريدي أو ممارسة علاقة جنسية بدون وقاية.

إن الطريقة الأفضل للوقاية من الإصابة بالعدوى بفيروس الايدز هي الإمتناع عن إستعمال مخدرات تـُحقن بالوريد. أما إذا لم تكن هذه الإمكانية متوفرة، فمن الممكن تقليص خطر الإصابة بواسطة إستعمال أدوات حَقن تُستعمل لمرة واحدة ومعقمة.

وخزة إبرة عرضية: إن إحتمال إنتقال فيروس الايدز بين حاملي فيروس الإيدز وبين طاقم الخدمات الطبي، بواسطة وخزة إبرة عَرَضية هو إحتمال ضئيل جدا. ويميل المختصون إلى تقدير الإحتمال بنسبة تقل عن (1%).

إنتقال فيروس الايدز من أمّ إلى طفلها: تدل الإحصائيات على إن نحو 600،000 طفل صغير يصابون بعدوى فيروس الإيدز، سنويا، سواء في فترة الحمل أو من جراء الرضاعة. لكن خطر إصابة الجنين بالعدوى بفيروس الايدز عند تعاطي الأم علاجا لفيروس الإيدز خلال فترة الحمل يقل بدرجة كبيرة جدا.

في الولايات المتحدة الأمريكية، تخضع غالبية النساء إلى فحوصات مبكرة لإكتشاف أضداد فيروس الإيدز، كما تتوفر لهنّ أدوية لمعالجة الفيروسات القهقَرِية (Retroviruses).

لكن الوضع في الدول النامية مختلف، حيث تفتقر غالبية النساء إلى الوعي بحالاتهن الصحية ولاحتمال إصابتهن بفيروس الإيدز، وحيث فرص وإمكانيات علاج الايدز محدودة جدا، في الغالب، أو أنها غير متوفرة، إطلاقا. وحين لا تتوفر الأدوية، فمن المفضل الولادة بعملية قيصرية بدلا من الولادة المهبلية العادية.

أما الإمكانيات والبدائل الأخرى، كالتعقيم المهبلي مثلا، فلم تثبت نجاعتها.

طرق أخرى لانتقال عدوى فيروس الايدز: ثمة حالات نادرة يمكن أن ينتقل فيها فيروس الايدز لدى زرع أعضاء أو أنسجة، أو عن طريق أدوات عمل طبيب الأسنان، إذا لم يتم تعقيمها كما ينبغي.

عمليات لا يمكن نقل فيروس الإيدز من خلالها:

لكي تحصل الإصابة بعدوى فيروس الإيدز يجب أن يدخل إلى الجسم أحد هذه: دم ملوث (مُصاب)، سائل مني ملوث أو إفرازات مهبلية ملوثة.

ومن هنا، فإن الإصابة بالعدوى بفيروس الايدز لا تحصل من خلال اتصال يومي عادي مع شخص مصاب بفيروس الإيدز، مثل: العناق، القبلة، الرقص أو مصافحة اليد.

أي إنسان، في أي سن، من أي جنس أو ميول جنسية يمكن أن يصاب بعدوى فيروس الإيدز، لكن خطر الإصابة بفيروس الايدز يرتفع عند:

ممارسة علاقة جنسية بدون وقاية مع العديد من الأشخاص. ولا تختلف درجة الخطر سواء كان الشخص يمارس الجنس مع الجنس الآخر (Hetrosexual)، المماثل (Homosexual) أو الجنسين معا (Bisexual). والعلاقة الجنسية بدون وقاية تعني إقامة اتصال جنسي بدون عازل ذكريّ (Condom)

ممارسة علاقة جنسية مع شريك/ة يحمل فيروس الإيدز

شخص مصاب بمرض جنسي معدٍ آخر، مثل: الزّهري (Syphilis)، الهربِس (Herpes)، المُتَدَثِّرَة (Chlamydia)، داء السَّيَلان (Gonorrhea) أو إلتهاب المهبل الفيروسي

استعمال متكرر، عدة مرات، لحُقَن وإبَر مشتركة عند تعاطي المخدرات بالحَقن الوريدي

عدم وجود كمية كافية من مُورِّثة (جين) CCL3L1 المساعدة على محاربة فيروس الإيدز

الأطفال المولودون حديثا والأطفال الرضّع لأمهات يحملن فيروس الإيدز، لكن لم يتلقين علاجا وقائياً.

تشخيص الإيدز :

يتم تشخيص الإيدز بواسطة فحص دم أو فحص الغشاء المخاطي في الفم لكشف عما إذا كانت ثمة أضداد لفيروس الايدز.

وتوصي مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) بإجراء فحوصات الإيدز هذه للمراهقين والبالغين، في الأعمار بين 13 و 64 عاماً، كجزء أساسي من الفحوصات الطبية الروتينية.

توصي مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها بأن يخضع لفحوصات الإيدز مرة واحدة في السنة، على الأقل، كل شخص ينتمي إلى أي واحدة من مجموعات الخطر المذكورة أعلاه.

للأسف، فإن فحوصات الإيدز لا تعطي نتائج دقيقة تماما حين يتم إجراؤها بعد التعرض لفيروس الايدز على الفور، وذلك لأن جسم الإنسان في حاجة إلى بعض الوقت لتطوير الأضداد الملائمة لفيروس الايدز.

وربما يحتاج الأمر إلى 12 أسبوعا على الأقل منذ لحظة التعرض لعدوى فيروس الايدز ، بل قد تطول المدة في بعض الحالات النادرة إلى نحو ستة أشهر أو اكثر لكي يكون بالإمكان الكشف عن وجود فيروس الايدز في الجسم.

الفحوصات التي تمكن من تشخيص الايدز:

1- مُقَايَسَةُ المُمْتَزِّ المَناعِيِّ المُرتَبِطِ بالإِنْزِيْم - إليزا (Enzyme - linked immunosorbent assay - ELISA) واختبارات اللطخة الغربية (Western Blot Test)

طيلة سنوات عديدة، كان الفحص الوحيد المتوفر لإكتشاف وجود أضداد لفيروس الإيدز في الجسم هو فحص "إليزا"، الذي يكشف عن أضداد فيروس الايدز في عيّنة دم تم أخذها من الشخص المعني.

فإذا كانت نتائج الفحص إيجابية، أي بيّنت وجود أضداد فيروس الايدز في الدم، يتم إجراء الفحص مرة ثانية. وإذا كانت النتائج ايجابية في الفحص المُعاد (في المرة الثانية)، أيضا، فسيتوجب على الشخص المعني نفسه إجراء فحص دم إضافي يدعى "اختبار اللطخة الغربية" (Western Blot Test)، الذي يفحص وجود بروتينات الايدز (HIV) في الدم.

2- اختبار اللطخة الغربية

يكتسب "اختبار اللطخة الغربية" أهمية خاصة في تشخيص الايدز نظرا لأن الدم قد يحتوي على أضداد هي ليست أضداد فيروس الإيدز، لكنها قادرة على تشويش نتائج فحص "إليزا" وإعطاء نتيجة إيجابية، بينما هي في الحقيقة نتيجة مغلوطة.

وقد أتاح استخدام هذين الفحصين معا، في حينه، التأكد من الحصول على نتائج دقيقة، فكان تشخيص الايدز الذي يؤكد حمل فيروس الايدز يعتبر نهائيا وموثوقا فقط بعد الحصول على نتائج إيجابية في الفحوصات الثلاثة المفصلة أعلاه.

لكن العيب الأساسي والكبير في هذه الفحوصات هو الحاجة إلى الإنتظار مدة أسبوعين للحصول على نتائج الفحوصات الثلاثة كلها، الأمر الذي قد يكلّف ثمنا نفسيا بالغا وقد يؤدي إلى عدم رجوع الشخص المعني إلى العيادة للحصول على نتائج فحوصاته.

فحوصات سريعة:

هنالك، اليوم، العديد من الفحوصات السريعة التي تعطي نتائج دقيقة وموثوقة في غضون نحو 20 دقيقة. وتهدف هذه الفحوصات إلى الكشف عن وجود أضداد فيروس الايدز في الدم أو في السوائل في اللثة العلوية، أو السفلية، بعد أخذ عيّنات منها.

الفحص المأخوذ من سوائل الفم يعطي نتائج دقيقة، بنفس دقة النتائج التي يعطيها فحص الدم، بل ويوفر عناء أخذ الدم. ولكن، عند الحصول على نتيجة ايجابية في الفحص السريع يتوجب إجراء فحص دم للتأكد من النتيجة.

ونظرا لكون هذه الفحوصات حديثة العهد، نسبيا، فقد صودق على إجرائها، بداية، في عدد محدد من المختبرات المؤهلة فقط، ولذا فمن المحتمل ألا تكون هذه الفحوصات متاحة في كل مكان.

فحوصات بيتية:

أجازت إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA)، مؤخرا، استخدام طقم عُدّة لفحص يجرى في البيت للكشف عن مرض الإيدز.

وتتولى تسويق هذا الفحص البيتي المسمى (Home Access HIV - 1 Test) شركة تدعى (Home Access Health).

ويمتاز هذا الفحص بدقته المماثلة لدقة الفحص المخبري. وجميع النتائج الإيجابية التي يتم الحصول عليها في هذا الفحص يتم إخضاعها لفحص إضافي آخر.

وخلافا للفحص البيتي لكشف الحمل، فإن نتائج الفحص البيتي لكشف الإيدز لا يتم تحليلها بشكل ذاتي، وإنما يتوجب على الشخص المعني الذي يجري الفحص أن يرسل عينة من دمه إلى المختبر، ثم الاتصال بعد بضعة أيام للحصول على نتائج الفحص.

هذه الطريقة تضمن الخصوصية، حيث يتم التعرف على الشخص صاحب الفحص بواسطة الرقم الرمزي (Code number) الموجود على كل واحد من أطقم العدّة.

النقص الأساسي في هذه الطريقة يكمن في عدم حصول الشخص الخاضع للفحص على المشورة الشخصية المباشرة التي كان يمكن أن يحصل عليها لدى توجهه إلى الطبيب المعالج أو إلى العيادة، وذلك بالرغم من أنه يُعرَض عليه توجيهه إلى الخدمات الطبية أو إلى الخدمات الاجتماعية.

بصرف النظر عن الفحص المحدد الذي يختار الشخص إجراءه والخضوع إليه، فحص تختار الخضوع، ففي حال اكتشاف حمله لفيروس الإيدز، يتوجب عليه أولا إبلاغ شريك/ة حياته بالأمر، فورا، لكي يتمكن هو الآخر من إجراء الفحص وإتخاذ التدابير الوقائية اللازمة.

في حال حصول شخص ما على نتيجة إيجابية تبين إنه يحمل فيروس الإيدز، فبإمكان طبيبه المعالج مساعدته في تقدير المراحل المتوقعة لتطور مرض الايدز، إذ إن هذا الفحص يبيّن كمية الفيروسات الموجودة في الدم (الحمولة الفيروسية).

وقد أظهرت الأبحاث أن الأشخاص ذوي الحمولة الفيروسية المرتفعة يمرضون أكثر من ذوي الحمولة الفيروسية المنخفضة.

كما يتم إجراء فحوصات الحمولة الفيروسية أيضا لتحديد موعد البدء بالمعالجة الدوائية وموعد تغييرها.

علاج الايدز :

عند إكتشاف فيروس الإيدز للمرة الأولى، في سنوات الـ 80 من القرن الماضي، لم يكن يتوفر إلا القليل من الأدوية لعلاج فيروس الايدز والتلوثات / الأخماج الإنتهازية المرافقة له.

ولكن منذ ذلك الوقت، تم تطوير العديد من الأدوية لعلاج فيروس الايدز (HIV)، الإيدز والتلوثات الإنتهازية المرافقة له. وقد ساعدت هذه الانواع من علاج الايدز العديد من الأشخاص، بما في ذلك الأطفال، ورفعت من جودة حياتهم.

يقدر الباحثون في معاهد الصحة الوطنية الأمريكية (National Institutes of Health - NIH) أن علاج الايدز والادوية المضادة للفيروسات القهقرية التي أعطيت للمرضى المصابين بمرض الإيدز في الولايات المتحدة منذ العام 1989 منحت هؤلاء المرضى إضافة تُعد ببضع سنوات على مؤملات الحياة (Life expectancy) لديهم.

لكنّ أيّا من هذه الأدوية لا يشكل علاجا شافيا لمرض الإيدز، ناهيك عن إن للعديد منها أعراضا جانبية قاسية، إضافة إلى كونها مكلفة جدا.

وزيادة على هذا كله فان علاج الايدز وتناول مثل هذه الأدوية لسنوات طويلة، تزيد أحيانا عن 20 سنة، يُفقدها مفعولها ونجاعتها نظرا لأن العديد من المرضى المصابين بمرض الإيدز المعالَجين بها يطورون قدرة على تحملها ومقاومتها فلا يعودون يتأثرون بها.

وعلى ضوء ذلك، تجرى أبحاث حثيثة لتطوير وإنتاج أدوية جديدة تكون قادرة على مساعدة هؤلاء المرضى المصابين بمرض الإيدز.

إرشادات وتوجيهات من اجل علاج الايدز:

عكفت مجموعة رائدة من الباحثين في موضوع علاج الايدز على صياغة لائحة من التوصيات الموجهة إلى مرضى الإيدز تتضمن إرشادات توجيهات تتعلق بعلاج الايدز المضادة للفيروسات القهقرية. تعتمد هذه التوصيات على أفضل المعلومات التي توفرت حتى كتابة التوصيات.

AIDSinfo - هو برنامج لخدمات الصحة العامة في الولايات المتحدة، يهدف إلى حملة، تحديث وتحسين هذه التوصيات وفقا للمعلومات الأحدث المكتشفة عن مرض الإيدز.

وبحسب قائمة التوصيات الحالية، ينبغي على علاج الايدز أن يركـّز على كبت وإخفاء أعراض الايدز لأطول فترة زمنية ممكنة. ويُعرف هذا التوجه الهجومي بـ "المعالجة الشديدة الفعالية بمضادات الفيروسات القهقرية" (Highly active antiretroviral therapy - HAART).

الهدف من برنامج (HAART) هو تقليص كمية الفيروسات الموجود في دم المريض إلى الحد الأدنى الذي لا يمكن فيه حتى ملاحظتها أو اكتشافها، رغم ان هذا لا يعني إختفاء مرض الايدز من دمه بشكل كلي ونهائي. ومن الممكن الوصول إلى هذه النتيجة عن طريق دمج ثلاثة أدوية أو أكثر، معا.

تضع توصيات علاج الايدز نصب أعينها موضوع جودة الحياة، ولذلك فإن الهدف الأساسي في علاج الإيدز هو إيجاد النظام العلاجي الأكثر سهولة وبساطة والأقل أعراضا جانبية.

في حال كون شخص ما مصابا بفيروس الايدز (HIV) أو بمرض الإيدز، فمن المهم أن يكون شريكا فعالا في اتخاذ القرارات المتعلقة بالتدابير وخطوات علاج الإيدز الخاصة به.

وينبغي عليه مناقشة برامج علاج الإيدز المعروضة عليه مع طبيبه المعالج، وذلك لتقييم الأخطار والفوائد في كل من العلاجات المقترحة من اجل علاج الإيدز، حتى الوصول إلى قرار واع وحكيم بشأن علاج الإيدز، الذي قد يكون معقدا وقد تطول مدته.

طرق منع نقل العدوى:

أما الأشخاص الحاملون لفيروس الايدز (HIV) أو المصابون بمرض الإيدز، فقد تساعدهم النصائح التالية في منع نقل العدوى بفيروس الايدز إلى أشخاص آخرين:

- ضرورة ممارسة الجنس الآمن (بوسائل وقائية) فقط
- ضرورة إبلاغ الشريك/ة بحقيقة الحمل لفيروس الإيدز
- إذا كانت الشريكة حاملا فمن الواجب إخبارها بحقيقة حمل فيروس الإيدز
- ضرورة إبلاغ الأشخاص الذين من المهم أن يعرفوا الحقيقة
- الامتناع عن استعمال الإبر، الحُقَن أو أدوات حقن خاصة بالآخرين
- الإمتناع عن التبرع بالدم أو التبرع بالأعضاء
- الامتناع عن استعمال شفرات الحلاقة أو فراشي الأسنان الخاصة بالآخرين
- في حالة الحمل، ينبغي التوجه لتلقي علاج طبي بشكل فوري.

17. فرط نشاط الغدة الدرقية (Hyperthyroidism) :

الغدة الدرقية، تقع في أسفل الرقبة، صغيرة في حجمها الذي يشبه شكل الفراشة، إلا أن تأثيرها أساسي جدا للجسم. حينما تصاب هذه الغدة بأي خلل إما أن يؤدي ذلك إلى قصور في عملها أو إلى الإفراط فيه؟ فكيف نشعر وما هي عوارض نشاطها الزائد؟

فرط نشاط الغدة الدرقية يعني أنها ستنتج هرمونا معينا بشكل مبالغ به. هذا الهرمون يدعى هرمون الغدة الدرقية وهو المسؤول عن عملية التمثيل الغذائي، التي تعني تبدل المواد داخل الخلايا وتغذيتها.

ما هي الأعراض التي سأشعر بها عند فرط نشاط الغدة الدرقية :

- تسريع عملية التمثيل الغذائي ستؤدي لشعورك ببعض الأعراض غير اللطيفة:
- الانفعال الدائم وعدم السيطرة على شعور التوتر، القلق، والانفعالات المبالغ بها.
- التقلبات المزاجية
- الإرهاق والشعور بالتعب المستمر
- الحساسية للحرارة
- تضخم الغدة الدرقية (انتفاخ أسفل الفك)
- فقدان سريع وغير منطقي للوزن
- عدم انتظام في ضربات القلب
- انقباضات وتحركات في الأمعاء
- ارتجاف في اليدين والأطراف
- صعوبات في النوم

- ترقق في الجلد
- ترقق وهشاشة بالشعر
- اضطرابات في الدورة الشهرية.

هذه الأعراض أقل بروزا لدى كبار السن، في حين بعض الأعراض تميزهم بشكل خاص مثل، تسارع ضربات القلب، التحسس من درجات الحرارة المختلفة وحتى الشعور بالتعب بشكل أكبر.

في بداية فرط نشاط غدتك الدرقية يمكن أن تشعر تماما العكس، قد تشعر أنك نشيط وحيوي جدا، ذلك لتسارع عملية التمثيل الضوئي، ولكن مع الوقت ستبدأ الخلايا تشعر بنقص التغذية فيها وسيبدأ جسدك بالضعف والنحول.

بشكل عام يتطور مرض فرط فعالية الغدة الدرقية تدريجيا، إلا أنه في حال باغتك في عمر صغير ستشعر بالأعراض بشكل مفاجئ.

ما هي أسباب فرط نشاط الغدة الدرقية :

هناك مجموعة من الأسباب التي من شأنها أن تكون سببا في ذلك:

اضطراب الجهاز المناعي: يعد السبب الأكثر شيوعا لاضطراب فرط نشاط الغدة الدرقية، وبمسمى اخر يدعى مرض غريفز، يستهدف بشكل خاص النساء تحت جيل ال40 عاما. ويمتاز في أعراضه الخاصة بتمركزه في العين وأنسجتها.

فبالإضافة إلى الأعراض المذكورة سابقا، يمتاز مرض غريفز بالأعراض التالية أيضا:

- انتفاخ وجحوظ في العينين
- شعور بألم شديد وضغط في العينين
- انتفاخ في الجفون وتراجعها لتكشف عن العينين
- حساسية عالية للضوء
- ضعف وحتى فقدان الرؤية

وفي أحيان نادرة تمتد هذه الأعراض حتى تصل احمرار وتسمم في الجلد والأقدام.

عقيدات الغدة الدرقية (Thyroid nodules): وهي عبارة عن نمو غير طبيعي في الغدة الدرقية التي تؤدي إلى إفراز كمية كبيرة من هرمونها.

التهاب الغدة الدرقية (Thyroiditis): وهو التهاب ناجم عن فيروس أو بكتيريا يؤدي إلى جعل الغدة الدرقية تحارب جهاز المناعة الذاتي ما يجعلها تفرز بإفراط من هرمون الغدة.

من بين الأسباب الأقل شيوعا لفرط نشاط الغدة الدرقية هو تناول الأغذية والأدوية التي تحتوي على اليود بكميات كبيرة، يبدو أن اليود يحفز انتاج هرمون الغدة.

تشخيص فرط نشاط الغدة الدرقية:

السجل الطبي والفحص الجسدي. وخلال الفحص ربما يحاول الطبيب اكتشاف رعشة خفيفة في الأصابع عند تمددها وردود الأفعال الزائدة عن الحد وتغيرات العين والجلد الدافئ والرطب. سوف يقوم الطبيب أيضًا بفحص الغدة الدرقية حين تقوم بالبلع لتحديد ما إذا كانت متضخمة أو بها اضطرابات أو ألم والتحقق من نبضات القلب لتحديد ما إذا كان معدل النبضات سريعًا أم لا.

اختبارات الدم. يمكن تأكيد التشخيص من خلال اختبارات الدم التي تقيس مستويات هرمون الثيروكسين وهرمون منبه الدرقية في الدم. تشير المستويات المرتفعة لهرومون الثيروكسين والكميات الصغيرة أو المعدومة لهرمون منبه الدرقية في الدم إلى الغدة الدرقية المفرطة. إن مقدار هرمون منبه الدرقية أمر هام لأنه يُعتبر الهرمون المنبِّه للغدة الدرقية لإفراز المزيد من هرمون الثيروكسين. إن إجراء هذه الاختبارات أمر ضروري بشكل خاص مع البالغين الأكبر سنًا، ممن لا يعانون الأعراض الكلاسيكية لفرط نشاط الغدة الدرقية.

في حال أشارت اختبارات الدم إلى فرط نشاط الغدة الدرقية، فربما يوصي الطبيب بإجراء أحد الاختبارات التالية للمساعدة في تحديد سبب زيادة الغدة الدرقية بشكل مفرط:

اختبار معدل امتصاص اليود المشع. في هذا الاختبار، تأخذ جرعة صغيرة عن طريق الفم من اليود المشع (اليود المشع). وبمرور الوقت، يتجمع اليود في الغدة الدرقية لأن الغدة الدرقية تستخدم اليود لإفراز الهرمونات. سوف يتم فحصك بعد ساعتين أو ست ساعات أو 24 ساعة وأحيانًا بعد الفترات الزمنية الثلاث وذلك من أجل تحديد مقدار اليود الذي امتصته الغدة الدرقية.

ويشير الامتصام المرتفع لليود إلى أن الغدة الدرقية تُفرز الكثير من هرمون الثيروكسين. ويُعتبر السبب الأكثر احتمالاً إما داء غريفز وإما عقد فرط النشاط. إذا كنت تعاني فرط نشاط الغدة الدرقية، وكان معدل امتصاصك لليود منخفضًا، فإن هذا يشير إلى أن هرمون الثيروكسين الذي تم تخزينه في الغدة يتسرب إلى مجرى الدم ويشير إلى أنك ربما تعاني التهابات الغدة الدرقية.

إن معرفة سبب فرط نشاط الغدة الدرقية قد يساعد الطبيب في تحديد العلاج المناسب. إن اختبر معدل امتصاص اليود المشع ليس مريحًا، ولكنه يُعرضك لمقدار صغير من الإشعاع.

فحص الغدة الدرقية خلال هذا الاختبار، ستحقن بنظير مشع في الوريد في باطن مرفقك أو أحيانًا في أحد الأوردة في يدك. وستستلقي بعد ذلك مع فرط رأسك للخلق بينما تنتج كاميرا خاصة صورة لغدتك الدرقية على شاشة كمبيوتر.

قد يختلف الوقت اللازم للإجراء، اعتمادًا على المدة التي يستغرقها النظير للوصول إلى الغدة الدرقية. قد تعاني بعض الانزعاج في العنق مع هذا الاختبار، وستتعرض لكمية صغيرة من الإشعاع.

وفي بعض الأحيان قد تخضع لفحص الغدة الدرقية كجزء من اختبار قبط اليود المشع. وفي هذه الحالة، يستخدم اليود المشع المُعطى عن طريق الفم لتصوير غدتك الدرقية.

العلاج من فرط نشاط الغدة الدرقية :

هناك بالأساس 3 طرق للعلاج من فرط نشاط الغدة، يلجأ الأطباء بداية للعلاج بواسطة مثبطات عمل الغدة واليود المشع، وفي الحالات النادرة لا يجدون بدا من التوصية بالجراحة.

1- العلاج باليود المشع

أول العلاجات المقترحة لهذا المرض، هو اليود المشع، بينما إن كنت تعاني من مجموعة كبيرة من أعراضه من شأن الطبيب أن يصف لك قبله مثبطات عمل الغدة، ثم يقرر إن كان هناك حاجة لليود.

عادة يصف الطبيب اليود المشع إن عانى المريض من مرض غريفز وكان أكبر من 50 عاما. أو في حالات عقيدات الغدة الدرقية. في حين يمتنع الطبيب تماما عن وصف هذا العلاج إذا:

كانت المريضة حاملا، أو تخطط للدخول في حمل قبل مضي 6 شهور منذ تناول اليود المشع.

كانت المرأة مرضعة رضاعة طبيعية

كان المريض يشكو من التهاب الغدة الدرقية، أو فرط نشاط مؤقت ما.

2- الأدوية المثبطة لعمل الغدة الدرقية

تعمل هذه الأدوية بالأساس على تثبيط وتخفيف عمل الغدة الدرقية، وبالتالي تخفيف إنتاج وإفراز الهرمون.

إلا أن مخاطر هذه الأدوية بالعادة تتشكل بأن يمتد تأثيرها إلى تثبيط إنتاج خلايا الدم البيضاء من النخاع، ما يؤدي إلى ضعف المناعة بشكل ملحوظ.

3- الجراحة

في حال لم ينجع أي من العلاجين السابقين في تخفيف نشاط الغدة الدرقية، يجد الطبيب نفسه مضطرا لعرض خيار الجراحة.

تهدف الجراحة إلى استئصال الغدة الدرقية، وذلك لأن وجودها لن يسمح بالسيطرة على إفراز هرمون الغدة، في حين يلجأ المريض بعدها إلى أخذ هذا الهرمون كدواء بكميات تناسب كتلة جسمه.

في النهاية، من المهم التنويه: حتى وإن كانت أعراض هذا المرض محمولة وغير مزعجة، فاستمراره للمدى الطويل يشكل خطورة جدية على جسدك ويهدمه، لذا ننصحك بالانضباط، التوجه إلى طبيبك وعدم الخوف من مواجهة المرض .

18. **عوز اللاكتاز** (Lactose Intolerance) :

ظاهرة عدم تحمّل اللاكتوز (الحساسية للاكتوز - Lactose Intolerance) تعني أن الجسم لا يستطيع هضم سكر الحليب (لاكتوز - Lactose)، وهو سكر طبيعي موجود في الحليب ومشتقاته المختلفة.

عندما يمر سكر اللاكتوز في الأمعاء الغليظة، دون أن يكون قد خضع لعملية الهضم كما ينبغي، فقد يتسبب بظهور بعض الأعراض الجانبية غير اللطيفة، مثل: الغازات، آلام البطن، وشعور

بانتفاخ البطن. هنالك أشخاص يعانون من عدم تحمل اللاكتوز، بحيث لا يستطيعون تناول أي منتج من منتجات الحليب، بينما يستطيع آخرون أكل وشرب كميات صغيرة من الحليب ومشتقاته دون مشاكل تذكر.

تنتشر ظاهرة عدم تحمل اللاكتوز بشكل واسع لدى الأشخاص البالغين. وهي منتشرة بشكل خاص لدى الأمريكيين ذوي البشرة السمراء، ولدى ذوي الأصول الآسيوية وبين الأفارقة، وكذلك لدى الأشخاص من أصول أمريكية جنوبية (لاتينية). وهي أقل انتشارا لدى ذوي الأصول الأوروبية.

أحد التحديات التي يواجهها شخص يعاني من عدم تحمل اللاكتوز هو: كيفية تنظيم وجباته دون أن يسبب لنفسه أعراضا جانبية غير محبذة، سوية مع ضمان تناول كمية كافية من الكالسيوم والمحافظة على صحة العظام وقوتها.

أعراض عدم تحمل اللاكتوز:

قد تتراوح اعراض عدم تحمل اللاكتوز بين الخفيفة جدا وحتى الشديدة الحادة، تبعا لكمية إنزيم اللاكتاز (Lactase) التي يفرزها الجسم. تبدأ الأعراض بالظهور، عادة، بعد 30 دقيقة حتى ساعتين من تناول/ شرب الحليب أو مشتقاته.

ومن بين أعراض عدم تحمل اللاكتوز:

- شعور بانتفاخ البطن
- آلام، أو تشنجات، في البطن
- غازات
- قرقرة (أصوات غازات الأمعاء - Borborygmus)
- براز سائليّ وإسهال
- قيء
- نزول الوزن

قد يعتقد بعض الذين يعانون من الغازات في الأمعاء، آلام البطن، انتفاخ البطن أو الإسهال، بأنهم يعانون من ظاهرة عدم تحمل اللاكتوز. الطريقة الأفضل للتأكد من ذلك هي الامتناع لفترة محددة عن تناول الحليب ومنتجاته، ومراقبة إن كانت هذه الأعراض تختفي أم لا. إذا اختفت الأعراض فعلا، فيجب محاولة تناول كميات قليلة من منتجات الحليب وفحص ما إذا كانت الأعراض تعاود الظهور.

إذا حصل أن شعر شخص ما بضيق أو عدم ارتياح بعد شرب كأس من الحليب، ذات مرة، فمن المرجح أن الأمر ليس مرتبطا بعدم تحمل اللاكتوز. أما إذا كان هذا الشعور يتكرر في كل مرة يشرب فيها الحليب، يأكل البوظة، أو أيا من منتجات الحليب الأخرى، فمن المرجح أنه يعاني من ظاهرة عدم تحمل اللاكتوز.

في بعض الحالات، قد يصاب أشخاص لم يعانوا في السابق، إطلاقا، من أية أعراض ناجمة عن تناول الحليب ومشتقاته، بحساسية اللاكتوز. تصبح هذه الإمكانية أكثر احتمالا كلما تقدم الإنسان في العمر. إذا تولد لدى شخص ما شك بأنه مصاب بعدم تحمل اللاكتوز، فعليه التوجه إلى الطبيب

المعالج الذي يستطيع التأكد إن كانت الأعراض التي تظهر لديه نابعة من إصابته بعدم تحمل اللاكتوز أو ناتجة عن عوامل أخرى.

أسباب وعوامل خطر عدم تحمل اللاكتوز :

تنشأ الحساسية للاكتوز (عدم تحمل اللاكتوز) حين لا تقوم الأمعاء الدقيقة بإنتاج كميات كافية من الإنزيم المسمى "لاكتاز" (Lactase). فالجسم يحتاج إلى إنزيم لاكتاز من أجل تحليل وهضم المواد السكرية (الكربوهيدرات - Carbohydrate) الموجودة في الحليب ومشتقاته.

تعتبر ظاهرة الحساسية للاكتوز ظاهرة وراثية، تبدأ أعراضها الأولى بالظهور لدى الشبان أو في سن المراهقة. غالبية الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الحساسية للاكتوز يستطيعون تناول كميات صغيرة من الحليب دون أن تظهر لديهم أية أعراض جانبية.

قد تتوقف الأمعاء الدقيقة عن إنتاج إنزيم اللاكتاز، في بعض الحالات، في أعقاب الإصابة بمرض ما، مثل التهاب المعدة والأمعاء (Gastroenteritis)، أو نتيجة للإصابة بمرض طويل المدى، مثل التليف الكيسي (Cystic Fibrosis)، أو بعد عملية لاستئصال جزء من الأمعاء الدقيقة. في مثل هذه الحالات، قد تكون المشكلة طويلة المدى ومزمنة، أو مؤقتة.

وفي بعض الحالات النادرة جدا، يولد أطفال مع حساسية للاكتوز. الشخص الذي يعاني من عدم تحمل اللاكتوز منذ الولادة لا يستطيع تناول منتجات الحليب، إطلاقا.

أحيانا، يعاني المواليد الخدّج من الحساسية المؤقتة للاكتوز، وذلك نظرا لأن أجسامهم تكون غير قادرة، بعد، على إنتاج إنزيم اللاكتاز. وعندما يبدأ جسم الطفل بإنتاج اللاكتاز، تختفي الحساسية للاكتوز.

تشخيص عدم تحمل اللاكتوز :

يستطيع الأطباء تشخيص عدم تحمل اللاكتوز من خلال بعض الأسئلة المتعلقة بالأعراض التي تظهر لدى المريض. وقد يطلب من المريض الامتناع عن تناول الحليب ومنتجاته لفترة ما، من أجل فحص ما إذا كانت الأعراض تختفي أم لا.

وقد يطلب الطبيب، في بعض الحالات، إجراء فحوصات إضافية أخرى، مثل: اختبار الهيدروجين في هواء الزفير (Hydrogen Breath Test - HBT)، فحص مستويات السكر في الدم أو فحص مستوى حموضة البراز، بغية التشخيص بشكل قاطع ودقيق. هذه الفحوص يمكن أن تحدد، بشكل قاطع، إن كان المريض يعاني من عدم تحمل اللاكتوز أم لا.

عدم تحمل اللاكتوز (الحساسية للاكتوز)، الفحوص والتشخيص:

من أجل التشخيص بشكل قطعي، ينصح الطبيب بإجراء الفحوص التالية:

- اختبار الهيدروجين في هواء الزفير (Hydrogen Breath Test): هذا الفحص هو أدق فحص يمكن من خلاله تشخيص الإصابة بحساسية اللاكتوز. قبل إجراء الفحص، يطلب من المريض التوقف عن تناول الأدوية، التوقف عن تناول بعض المأكولات والتوقف عن

التدخين. في يوم إجراء الفحص، يطلب منه شرب سائل يحتوي على اللاكتوز، وبعدها يطلب منه نفخ "الزفير"، عدة مرات على مدى ساعتين، إلى داخل جهاز خاص. إذا كان مستوى الهيدروجين في النَفَس مرتفعا، فمن المحتمل أنه يعاني من الحساسية للاكتوز. لا يتم إجراء هذا الفحص، عادة، للأطفال أو للأولاد الصغار، وذلك لأن المادة التي يعطونها خلال الفحص قد تسبب الإسهال.

- فحص تحمل اللاكتوز: يقيس هذا الفحص مستويات السكر في الدم بعد تناول اللاكتوز. ابتداء من منتصف الليلة التي تسبق إجراء هذا الفحص، يطلب من المريض عدم تناول أي طعام أو شراب (صيام). خلال يوم الفحص، يطلب منه شرب سائل يحتوي على اللاكتوز، ومن شأن هذا السائل أن يسبب تجمع الغازات في الأمعاء أو آلاما في البطن. بعد ذلك، يتم قياس مستويات السكر في الدم كل ثلاثين دقيقة، على مدى ساعتين. إذا لم يتم تسجيل ارتفاع في مستويات السكر في الدم، فهذا يدل، على ما يبدو، على وجود ظاهرة عدم تحمل اللاكتوز. هذا الفحص لا يتم إجراؤه لمن يعانون من مرض السكري أو للأطفال الصغار والرضّع.
- فحص حموضة البراز (Stool Acidity Test): فحص حموضة البراز يقوم، فعليا، بقياس مستويات الحموضة في الأمعاء الغليظة. من أجل إجراء هذا الفحص، يقوم المريض بأخذ عينة من برازه ويضعها في وعاء مغلق ومعقم، ثم يحملها على الفور إلى المختبر. إذا تم اكتشاف وجود أحماض في البراز، فمن المحتمل أنه لا يقوم بهضم اللاكتوز كما ينبغي. بالإمكان إجراء هذا الفحص للأولاد الصغار والرضّع أيضا.

علاج عدم تحمل اللاكتوز :

ليس هنالك دواء لمعالجة ظاهرة حساسية اللاكتوز، لكن بالإمكان تخفيف الأعراض الجانبية المصاحبة لها من خلال التقليل من، أو الامتناع عن، تناول الحليب ومشتقاته. بعض الناس الذين يتم تشخيص إصابتهم بحساسية اللاكتوز يختارون تناول المنتجات التي تحتوي على كميات قليلة من اللاكتوز، أو تناول منتجات بديلة على أساس الصويا، مثل حليب الصويا أو أجبان الصويا.

يستطيع بعض الاشخاص المصابين بعدم تحمل اللاكتوز تناول اللبن (الزبادي) دون اية مشكلة تذكر، وخصوصا اللبن الغني بالبروبيوتيك (Probiotic). كذلك، بالإمكان تناول مضافات غذائية (Food additives) تحتوي على انزيم اللاكتاز للمساعدة في عملية هضم وتحليل سكر اللاكتوز.

مع مرور الوقت، يعتاد الأشخاص المصابون بحساسية اللاكتوز على الأمر ويتعرفون بشكل أدق على أجسامهم وعلى قدرتها على مواجهة هذه الظاهرة، وذلك من أجل منع ظهور الأعراض المزعجة المصاحبة لها. واتباع عادات تساعد في التخلص من الغازات والاعراض الاخرى وتقليلها.

أحد أكثر الأمور التي تقلق المصابين بعدم تحمل اللاكتوز، هو المحافظة على التغذية الغنية بما يكفي لتعويض ما ينقص الجسم من المركبات الغذائية المتوفرة في الحليب ومشتقاته، وخاصة الكالسيوم. فالكالسيوم هو أحد المركبات الغذائية الأكثر أهمية وحيوية بالنسبة للأطفال، الشبان، النساء الحوامل والنساء في مرحلة الياس (سن "اليأس" – سن انقطاع الطمث).

هنالك الكثير من المنتجات الغذائية التي تحتوي على الكالسيوم، من بينها:

- البروكولي، البامية، وعدد من أنواع الملفوف إضافة إلى اللّفت
- أسماك السردين المعلّبة، التونا والسلمون
- العصائر الغنية بالكالسيوم، والحبوب الكاملة
- منتجات الصويا الغنية بالكالسيوم، مثل حليب الصويا، التوفو (نوع من الجبن) وفول الصويا
- اللوز

غالبية الناس لا يستهلكون كميات كافية من الكالسيوم، حتى وإن كانوا قادرين على تناول الحليب ومشتقاته. من أجل استكمال الكمية اللازمة من الكالسيوم، يمكن تناول المضافات الغذائية التي تحتوي على الكالسيوم.

19. داء الزخار (Amebiasis) :

الزحار هو عبارة عن اسهال دموي حاد. الاسهال هو ارتفاع عدد التغوطات (أكثر من 3 مرات في اليوم) او انخفاض في مدى صلابة البراز، اي براز رخو او مائي. يحدث الزحار نتيجة تضرر الغشاء المخاطي في الامعاء، سببه غالبا اصابة بعدوى موضعية من جراثيم غازية او المواد السامة التي تفرزها. تنتقل العدوى الى الجسم عن طريق الفم عند تناول طعام أو مياه ملوثين.

أعراض الزحار :

أعراض الزحار تتضمن اسهال دموي حاد غالبا ترافقه حمى، غثيان، تقيؤات وآلام بطن دورية ناتجة عن تشنجات في الأمعاء. بسبب حدوث العدوى غالبا في الأمعاء الغليظة، فأنها تكون مصحوبة بآلام في منطقة الشرج والشعور بالحاجة المتكررة للتغوط.

فقدان السوائل الذي يمكن أن يحدث نتيجة للتغوطات الكثيرة وقلة الشرب يمكن ان يتمثل بانخفاض في التبول، جفاف في الجلد، اللسان والأغشية المخاطية، والشعور بالضعف الذي يكون مصحوبا احيانا بالدوخة بالإضافة لنزول الوزن.

بما أن الزحار يعتبر مرضا معدياً (infectious disease)، فانه يوقع المزيد من المرضى في البيئة المحيطة بالمريض: في البيت، الحضانة، أو روضة الأطفال.

أسباب وعوامل خطر الزحار :

هناك انواع مختلفة للعدوى التي قد تؤدي الى الزحار. (أنظروا ادناه الى قائمة المسببات الأساسية للزحار في الوطن العربي العدوى الجرثومية هي المسبب الأكثر انتشارا، وبالأخص جراثيم الشيغيلة (shigella) والسالمونيلا (salmonella). أحيانا، لا يكون الضرر في الغشاء المخاطي في الامعاء نتيجة للجراثيم نفسها انما نتيجة للمواد السامة (Toxins) التي تفرزها.

الاصابة بعدوى جرثومة الاميبا (ameba) ليست شائعة في الوطن العربي، ولكنها شائعة وسط المسافرين الى المكسيك، أميركا الجنوبية، الهند وأفريقيا, وأحيانا تكتشف حالات خلال موسم الحج

مصدرها الحجيج القادمون من تلك البلدان ينبغي التنويه الى ان الاصابة باسهال دموي، والذي يدوم غالبا لفترة طويلة، يمكن ان يحدث نتيجة لأمراض غير وبائية (infectious diseases).

المسببات الأساسية للزحار هي الجراثيم، المواد السامة التي تفرزها أو الطفيليات:

الجراثيم:

أ.الشيغيلة (shigella) - المسبب الأكثر شيوعا في الوطن العربي.

ب.السالمونيلا (salmonella) - شائع في الوطن العربي.

ج.ألعطيفة (campylobacter) - موجود في الوطن العربي .

د. العصية القولونية الغازية (invasive escherichia coli) - نادرة في الوطن العربي.

ه.يرسينيا القولون (yersinia enterocolitica) - نادرة في الوطن العربي.

و.الضمة نظيرة الحالة للدم (vibrio parahaemolyticus)- نادر في الوطن العربي.

المواد السامة التي تفرزها الجراثيم

المطثية العسيرة (clostridium difficile)- شائع لدى المرضى الذين يتناولون المضادات الحيوية.

القولونية الدموية: نادرة في الوطن العربي .

الطفيليات

ألأميبا (Amoeba): شائع وسط المسافرين الى البلدان النامية.

علاج الزحار :

يركز علاج الزحار على منع حدوث نقص في السوائل، أي الحرص على شرب الكثير من المياه وأحيانا هنالك حاجة لإضافة محلول طبي يحتوي على أملاح وسكر. في الحالات الصعبة، توجد حاجة لأن يتلقى المريض العلاج في المستشفى ولإعطائه السوائل عن طريق الوريد.

لا يحبذ علاج الاسهال بواسطة الادوية، حيث أن المريض يُشفى غالبا بشكل تلقائي في غضون أيام. في حالات معينة، استنادا الى بيانات بيئية أو وفقا لنتائج تحليل البراز – توجد حاجة لاستخدام مضادات حيوية معينة، ضد الشيغيلة غالبا، أو لعلاج ضد الأميبا (عند المسافرين).

20. سرطان بطانة الرحم (Endometrial Cancer) :

سرطان بِطانَةِ الرَّحِم، يسببه ورم خبيث في الخلايا التي تُبَطِّنُ الرَّحِم – والمعروفة باسم "بِطانَة الرَّحِم" (Endometrium)، وليس للسرطانات التي تصيب أجزاء أخرى من الرحم، كخلايا العضلات مثلاً. في هذا النوع من السرطان، غالبًا ما يتم تشخيص الإصابة مبكرًا، وذلك نظرًا لأن مسيرة الإصابة به تتسم بنزيف في غير موعد الحَيْض أو نزيف لدى النساء بعد انقطاع الطمث،

وهذا يتيح معالجته. تحصل غالبية حالات سرطان الرحم في الجيل ما بين 50 و 65 عامًا، وفقط 5% من الحالات، تحدث لدى النساء اللاتي أعمارهن أقل من 40 عامًا.

يعتبر الكشف المبكر عن سرطان الرَّحِم عاملاً أساسيًّا، من الممكن أن ينقذ الحياة. لذلك، في حال ظهور أعراض المرض، هنالك أهمية كبرى للتوجه للطبيب. أما في حال وجود عوامل خطر عديدة، من الممكن أن تؤدي للإصابة بمرض سرطان الرَّحِم، فمن المحبذ استشارة الطبيب بشأن فحص المسح، للكشف المبكر عن سرطان الرحم.

أعراض سرطان بطانة الرحم :

من الممكن أن تظهر اعراض سرطان بطانة الرحم على شكل نزيف مَهْبِلي، لدى السيدة التي تجاوزت جيل انقطاع الطمث، أو نزيف لوقت طويل أثناء فترة الحَيْض، أو نزيف مهبلي بين الحَيْضَتَيْن، إفراز ليس دمويًّا غير طبيعي من المَهْبِل، آلام في الحوض، آلام خلال الجِماع، وكذلك انخفاض الوزن دون اتباع حمية معينة.

في حال ظهور إحدى هذه العلامات، من المفضل التوجه للطبيب. لكن من الممكن أن يكون السبب لظهور هذه الأعراض إصابة عدائية أو مسببات أخرى غير خبيثة. من الأفضل - في كل الأحوال - التوجه للاستشارة من أجل إتاحة المجال أمام علاج أفضل، في حال كان الحديث يدور عن إصابة بمرض سرطان بطانة الرحم.

أسباب وعوامل خطر سرطان بطانة الرحم :

يوجد هنالك بشكل عام، توازن دائم في جسدنا، بين كمية الخلايا التي تموت وكمية الخلايا الجديدة، التي يتم إنتاجها بواسطة الانقسام، والتي تستبدل تلك الميتة. لكن، عندما تتم عملية الانقسام بشكل غير مراقب، ويتم إنتاج كمية خلايا أكبر مما يجب، يتطور ورم سرطاني. من الممكن أن تنتشر هذه الخلايا وتصل إلى أعضاء أخرى من الجسم، وتؤثر على أدائها وتضر النسيج الذي تتواجد فيه. ليس من الواضح حتى الآن، ما هي الآلية الدقيقة التي ينتج خلالها سرطان الرحم، لكن على ما يبدو فإن هنالك علاقة وطيدة بين ارتفاع كمية هورمون الإستروجين (Estrogen) مقابل هورمون آخر – هو البروجيسترون (Progesterone)، ونشوء هذه الأورام.

توجد هنالك عدة عوامل تؤدي لعدم التوازن الهورموني هذا:

- طول فترة الخصوبة: كلما كان ميعاد حصول الحَيْض الأول أبكر، أو كان انقطاع الطمث في جيل أكثر تأخرًا، كلما كانت المرأة مُعرضة خلال حياتها لكميات أكبر من هورمون الإستروجين.
- عدد حالات الحمل: ليس من الواضح حتى الآن، ما هو سبب ذلك، ولكن يبدو أن كثرة حالات الحمل تقلل من خطر الإصابة. فخلال فترة الحمل تكون مستويات هورمون الإستروجين عالية، لكن بالمقابل، أيضًا مستويات البروجيسترون تكون عالية. ويبدو أن ارتفاع مستويات الهورمونَيْن معًا يقلل من خطر الإصابة.

- الدورة الشهرية غير المنتظمة: تشير الدورة الشهرية غير المنتظمة إلى ارتفاع غير سليم بكميات الإستروجين مقابل البروجيسترون، مما يؤدي لأن تكون المرأة التي تعاني من هذا الاضطراب، مُعرضة خلال حياتها، لكميات أكبر من هورمون الإستروجين.
- السمنة: يتم إفراز الإستروجين في المَبيضَيْن. لكنه يُفْرَزُ أيضًا من الأنسجة الدُّهنية في الجسم. ولذلك، كلما كان في الجسم أنسجة دُهنية أكثر، كلما كان مستوى الإستروجين أعلى. إن احتمال إصابة النساء اللاتي يُعانين من السمنة بمرض سرطان الرحم، يصل إلى ضعفين أو ثلاثة أضعاف احتمال إصابة النساء غير السمينات.
- العلاج الهورموني بواسطة الإستروجين: هنالك نساء يتلقين علاجًا هورمونيًّا من أجل التقليل من أعراض جيل انقطاع الطمث. في حال كانت هنالك حاجة لتلقي علاج هورموني، فمن المهم أن يتم دمجه مع البروجيسترون.

هنالك عوامل أخرى، غير مرتبطة بالإستروجين، تزيد من خطر الإصابة، مثل: الجيل المتقدم، الإصابة بمرض سرطان الثدي، سرطان المَبيض أو الأمعاء في الماضي والعلاج بواسطة عقار الـ"تاموكسيفين" (Tamoxifen).

كذلك، من المهم الإشارة إلى أنه حتى لو تواجدت عوامل الخطر هذه، ليس بالضرورة (ليس حتمًا) أن يتطور سرطان بطانة الرحم.

تشخيص سرطان بطانة الرحم :

سيقوم الطبيب في المرحلة الأولى، بإجراء فحص مَهْبِلي، يحاول من خلاله أن يتعرف باللمس إن كانت هنالك كتل أو تغيير آخر بشكل الرَّحِم. كذلك، بالإمكان إجراء تصوير فوق صوتي (Ultrasound)، حيث يتيح هذا الفحص رؤية وقياس سُمْكِ الرَّحِم. في حال تم الشك بمنطقة ما بأنها مصابة، بالإمكان أخذ خزعة (Biopsy) يتم من خلالها تحديد مميزات خلايا النسيج المشكوك بأمره.

علاج سرطان بطانة الرحم :

توجد هنالك حاجة بعد تشخيص الإصابة بمرض سرطان الرحم، لإجراء فحوص أخرى، من أجل تشخيص نوع الورم ومدى انتشاره في منطقة الرَّحِم أو في مجمل الجسم.

بشكل عام، يكون علاج سرطان بطانة الرحم المطلوب علاجًا جراحيًّا، يتم خلاله استئصال الرَّحِم، المَبيضَيْن، الأنابيب الرَّحِمِيَّة (Fallopian tube) والعُقَد اللِّمْفِيَّة الموجودة في المنطقة. على الرغم من كونها خطوة كبيرة ذات عواقب واسعة التأثير، إلا أن هذا العلاج هو العلاج الوحيد في كثير من الحالات. يجب فحص العُقَد اللِّمْفِيَّة في المنطقة، من أجل التأكد إن كان الورم قد انتشر إليها، وإذا ما كانت هنالك حاجة لعلاجات أخرى. في الحالات التي انتشر الورم فيها إلى العُقَد اللِّمْفِيَّة في المنطقة القريبة (المحلية)، وتكون هنالك شكوك بأن الورم انتشر إلى أماكن أخرى في الجسم، تكون هنالك حاجة للدمج بين العملية الجراحية والعلاج الإشعاعي، الكيميائي أو العلاج الهورموني، بواسطة هورمونات البروجيسترون أو الهورمونات المُوَجِّهَة للغدد التناسلية (Gonadotropin) بكميات كبيرة.

على الرغم من أن استئصال الرحم هو الحل الأمثل، إلا أن العلاج الهورموني قد يكون إمكانية علاجية للسيدات الشابات، المعنيات بتجنب استئصال الرحم. يمكن القيام بذلك إذا كان الورم لا زال في مرحلة مبكرة، على الرغم من بقاء احتمال استمرار المرض وتقدمه.

بالرغم من خشية وجود نقائل (Metastasis) لسرطان الرَّحِم حتى في حال تم اكتشافه مبكرًا، إلا أن العلاج ناجع بنسبة عالية جدًّا، حيث تُشفى من سرطان الرحم نحو 95% من المصابات.

الوقاية من سرطان بطانة الرحم :

بالرغم من عدم إمكانية منع الإصابة بمرض سرطان الرحم في غالبية الحالات، إلا أن اتباع الخطوات التالية، من الممكن أن يقلل خطر الإصابة بمرض سرطان الرحم:

في حال تمت الاستعانة بعلاج هورموني بديل بعد انقطاع الطمث، هنالك حاجة لتلقي علاج يدمج بين الإستروجين والبروجيسترون.

استخدام حبوب منع الحمل.

المحافظة على وزن جسم سليم والقيام بنشاط بدني.

21. الاكتئاب (Depression) :

الاكتئاب (Depression) ليس ضعفا أو شيئا سهل التخلص منه، ويعرف بأنه الاضطراب الاكتئابي الحاد (Severe depression disorder)، أو الاكتئاب السّريري (الإكلينيكي - Clinical depression).

هو مرض يصيب النفس والجسم. يؤثر الاكتئاب على طريقة التفكير والتصرف ومن شأنه أن يؤدي إلى العديد من المشاكل العاطفية والجسمانية.

عادة، لا يستطيع الأشخاص المصابون بمرض الاكتئاب الاستمرار بممارسة حياتهم اليومية كالمعتاد، إذ إن الاكتئاب يسبب لهم شعورا بانعدام أية رغبة في الحياة حيث تجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب يعد أحد أكثر الأمراض المنتشرة في العالم.

رأي الطب في حالات الإكتئاب :

اليوم، يتعامل غالبية العاملين في مجال الصحة مع الاكتئاب كمرض مزمن يتطلب علاجا طويل المدى، بالضبط كما يتم التعامل مع مرض السكري (Diabetes) أو مع فَرط ضغط الدم (Hypertension).

بعض المصابين بمرض الاكتئاب يتعرضون لفترة واحدة من الاكتئاب فقط، لكن لدى غالبية المرضى تتكرر أعراض الاكتئاب وتستمر مدى الحياة.

عن طريق التشخيص والعلاج السليمين يمكن التقليل من أعراض الاكتئاب، حتى لو كانت أعراض الاكتئاب حادة.

العلاج السليم يمكن أن يحسن شعور المصابين بمرض الاكتئاب في غضون أسابيع معدودة، عادة، ويمكّنهم من العودة إلى ممارسة حياتهم الطبيعية كما اعتادوا على الاستمتاع بها قبل الإصابة بمرض الاكتئاب.

أعراض الاكتئاب :

- فقدان الرغبة في ممارسة الفعاليات اليومية الاعتيادية
- الإحساس بالعصبية والكآبة
- الإحساس بانعدام الأمل
- نوبات من البكاء بدون أي سبب ظاهر
- اضطرابات في النوم
- صعوبات في التركيز
- صعوبات في اتخاذ القرارات
- زيادة أو نقصان الوزن بدون قصد
- عصبية
- قلق وضجر
- حساسية مفرطة
- إحساس بالتعب أو الوهن
- إحساس بقلة القيمة
- فقدان الرغبة في ممارسة الجنس
- أفكار انتحارية أو محاولات للانتحار
- مشاكل جسدية بدون تفسير، مثل أوجاع الظهر أو الرأس.

أعراض الاكتئاب مختلفة ومتنوعة لأن الاكتئاب يظهر بأشكال مختلفة عند مختلف الأشخاص.

فعلى سبيل المثال، قد تظهر اعراض الاكتئاب لدى شخص عمره 25 سنة مصاب بمرض الاكتئاب تختلف عن تلك التي تظهر عند شخص عمره 70 سنة.

وقد تظهر لدى بعض المصابين بمرض الاكتئاب أعراض حادة جدا إلى درجة واضحة تشير بأن شيئا ما ليس على ما يرام.

وقد يشعر آخرون بأنهم "مساكين" بشكل عام، أو بأنهم "ليسوا سعداء"، دون أن يعلموا سببا لذلك.

أسباب وعوامل خطر الاكتئاب :

ليس معروفا، حتى الآن، السبب الدقيق الذي يؤدي إلى ظهور الاكتئاب.

الاعتقاد السائد، كما الحال بالنسبة إلى أمراض نفسية أخرى، هو أن العديد من العوامل البيوكيميائية (البيولوجية – الكيميائية)، الوراثية والبيئية يمكن أن تكون المسبّب لمرض الاكتئاب، من بينها:

عوامل بيوكيميائية: تؤكد الأبحاث التي استخدمت التصوير بتقنيات حديثة ومتطورة حصول تغيرات فيزيائية (مادية) في أدمغة الأشخاص المصابين بمرض الاكتئاب. وليس معروفا بالضبط، حتى الآن، ماهية هذه التغيرات ودرجة أهميتها، لكن استيضاح هذا الأمر من شأنه أن يساعد، في نهاية المطاف، على تعريف مسبّبات الاكتئاب وتحديدها. ومن المحتمل إن المواد الكيميائية الموجودة في دماغ الإنسان بشكل طبيعي، وتدعى "ناقلات عصبية" (Neurotransmitter) ولها علاقة بالمزاج، تلعب دورا بالتسبب بمرض الاكتئاب. كما إن خللا في التوازن الهرموني في الجسم من شأنه أيضا أن يكون سببا في ظهور الاكتئاب.

عوامل وراثية: تشير بعض الأبحاث إلى إن ظهور الاكتئاب هو أكثر انتشارا لدى الأشخاص الذين لديهم أقرباء بيولوجيون مصابون بمرض الاكتئاب. ولا يزال الباحثون يحاولون الكشف عن الجينات ذات العلاقة بالتسبب بمرض الاكتئاب.

عوامل بيئيّة: تعتبر البيئة، بدرجة معينة، مسببا لظهور الاكتئاب. العوامل البيئيّة هي أوضاع وظروف في الحياة من الصعب مواجهتها والتعايش معها، مثل فقدان شخص عزيز، مشاكل اقتصادية والتوتّر الحاد.

صحيح إنه ليست ثمة معطيات إحصائية دقيقة، لكن الاكتئاب يعتبر مرضا واسع الانتشار جدا.

ويتعدى الاكتئاب جميع الحدود والفوارق، العِرقية، الإثنية والاجتماعية – الاقتصادية. فليس هنالك شخص محصّن من الاكتئاب.

يبدأ الاكتئاب، بشكل عام، في سنوات الـ 20 المتأخرة من العمر، لكن قد يظهر الاكتئاب في أي سن وقد يصيب أي شخص، بدءا بالأولاد الصغار حتى العجّز البالغين.

عدد النساء اللواتي يتم تشخيص إصابتهن بمرض الاكتئاب يعادل ضِعْف عدد الرجال. وقد يعود سبب ذلك، جزئيا، إلى حقيقة إن النساء أكثر ميلا للبحث عن علاج لمرض الاكتئاب.

أهم الأسباب التي تؤدي الى الإكتئاب :

السبب الدقيق لظهور الاكتئاب ليس معروفا، لكن الأبحاث تشير إلى العديد من العوامل التي يبدو أنها تزيد من خطر الإصابة بمرض الاكتئاب، أو تسبب تفاقمه، ومن بينها:

- وجود أقارب بيولوجيين مصابين بمرض الاكتئاب
- حالات انتحار في العائلة
- أحداث مسببة للتوتر في الحياة، مثل وفاة شخص عزيز
- مزاج اكتئابي في فترة الصباح
- أمراض، مثل: السرطان، أمراض القلب، الزهايمر أو الإيدز

- تناول متواصل، لفترة طويلة، لأدوية معينة، مثل أدوية من نوع معين لمعالجة فرط ضغط الدم، حبوب منوّمة وحبوب منع الحمل في بعض الحالات.

مضاعفات الاكتئاب :

الاكتئاب الذي لا تتم معالجته قد يتفاقم ويتدهور إلى حدّ العجز، العَوَز والاعتماد بل وحتى الانتحار. ومن شأن الاكتئاب أن يؤدي الى مشاكل عاطفية، سلوكيّة، صحيّة وحتى قضائيّة واقتصادية حادة تؤثر على كل مجالات الحياة المختلفة.

المضاعفات التي قد يسببها الاكتئاب أو يرتبط بها

- الانتحار
- الإدمان على الكحول
- الإدمان على مواد مخدرة
- القلق
- أمراض قلب وأمراض أخرى
- مشاكل في العمل أو في التعليم
- مواجهات داخل العائلة
- صعوبات في العلاقة الزوجية
- عزلة اجتماعية.

تشخيص الاكتئاب :

يطرح الأطباء والمعالِجون أسئلة حول المزاج والأفكار، خلال اللقاءات العلاجية الاعتيادية. أحيانا، يُطلب من المريض أن يعبئ استمارة أسئلة تساعدهم في الكشف عن أعراض الاكتئاب.

حين يشك الأطباء بكون المريض مصابا بمرض الاكتئاب، يقومون بإجراء سلسة من الفحوصات الطبيّة والنفسانية.

تساعد هذه الفحوصات على دحض إمكانية وجود أمراض أخرى من شأنها أن تكون سببا للأعراض، تساعد على التشخيص والكشف عن مضاعفات أخرى تتعلق بالحالة.

- فحوصات لتشخيص الاكتئاب
- الفحص الجسماني (البدني)
- الفحوصات المخبرية
- التقييم النفسي
- معايير لتشخيص الاكتئاب :

تقييم الطبيب أو المعالِج النفساني يساعد في تحديد ما إذا كانت الحالة هي مرض الاكتئاب الحاد أو أحد الأمراض الأخرى التي تذكّر بمرض الاكتئاب الحاد، أحيانا، ومن بينها:

- اضطراب الإحكام (Adjustment Disorder): رد فعل عاطفي حاد على حدث مؤلم في الحياة. وهو مرض نفساني يرتبط بالتوتّر النفسي ومن شأنه أن يؤثر على العواطف، الأفكار وعلى السلوك.
- الاضطراب ذو الاتجاهين: (أو: الاضطراب ثنائي القطب - Bipolar disorder، وهو الذي كان يسمى سابقا: الذهان الهَوَسي الاكتئابي - Manic Depressive Psychosis)، يتميّز هذا النوع من الاضطراب بمزاج متقلّب من النقيض إلى النقيض.
- دَورَويَّةُ المِزاج (اضطراب المزاج الدوري - Cyclothymia): أحد أنواع اضطراب الإحكام.
- الاكتئاب الجزئي (أو: خَلَلُ التُّوتَة – Dysthymia): هو مرض أقل حدة وصعوبة، لكنه مزمن أكثر من الاكتئاب.
- اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum depression): هو اكتئاب يظهر عند بعض النساء بعد ولادتهن أطفالا جددا. وهو يظهر، عادة، بعد شهر من الولادة.
- الاكتئاب الذّهانيّ (Psychotic depression): هو اكتئاب حاد وصعب ترافقه أعراض وظواهر ذهانيّة، مثل الهلوسة (Hallucination).
- الاضْطِرابٌ الفُصامِيٌّ العاطِفِيّ (Schizoaffective disorder): هو مرض يشمل مميزات وأعراض مرض الفُصَام (الانفصام العقلي - Schizophrenia) واضطرابات المزاج (Mood disorders).
- اكتئاب الشتاء: هذا النوع من الاكتئاب مرتبط بتبدّل الفصول وبالتعرض غير الكافي لأشعة الشمس.

يختلف الاكتئاب الحاد عن الأمراض التي ذكرت أعلاه، سواء من حيث الأعراض أو درجة الصعوبة.

طرق علاج الاكتئاب :

- المعالجة الدوائية
- المعالجة النفسانية
- المعالجة بالتخليج الكهربيّ (المعالجة بالصدمة الكهربائية - Electroconvulsive (treatment Electroshock treatment - ECT

كما إن هنالك طرق لعلاج الاكتئاب لم تستوف البحث والتجريب مثل الطرق المقبولة المذكورة أعلاه، من بينها:

- التنبيه (التحفيز) الدماغي
- علاجات مكمِّلة وبديلة.

ثمة حالات معيّنة يستطيع طبيب العائلة فيها علاج الاكتئاب بنفسه.

ولكن في حالات أخرى، هنالك حاجة للاستعانة بمعالِج نفساني مؤهّل لعلاج الاكتئاب، طبيب نفسي، اختصاصي علم النفس أو عامل اجتماعي.

من المهم جدا أن يكون للمريض دور فعّال في علاج الاكتئاب. فبالتعاون والعمل المشترك، يستطيع الطبيب (أو المعالِج) أن يقرر، سوية مع المريض، نوع علاج الاكتئاب الأفضل والأكثر ملاءمة لحالة المريض، مع الأخذ بالاعتبار ماهية الأعراض ودرجة حدتها، الخيار الشخصي للمريض، القدرة على دفع تكاليف علاج الاكتئاب، الأعراض الجانبية لعلاج الاكتئاب وعوامل أخرى.

ومع ذلك، ثمة حالات يكون فيها الاكتئاب صعبا جدا لدرجة تحتم على الطبيب، على شخص قريب أو غيره، متابعة علاج الاكتئاب ومراقبته عن كثب حتى يسترد المريض عافيته ويصل إلى وضع يستطيع فيه أن يشارك، بفاعلية، في عملية اتخاذ القرارات.

فيما يلي وصف مفصّل لطرق علاج الاكتئاب:

أدوية لعلاج الاكتئاب : تتوافر في الأسواق عشرات الأدوية لعلاج الاكتئاب. يستطيع غالبية الناس التخفيف من أعراض الاكتئاب عن طريق الدمج بين الأدوية والعلاج النفسي.

غالبية الأدوية المضادة لحالة الاكتئاب فعّالة وناجعة بنفس المقدار. لكن بعضها قد يسبب أعراضا جانبية حادة جدا وخطيرة.

مراحل علاج الاكتئاب :

- الاختيار النموذجي الأول: يبدأ العديد من الأطباء علاج الاكتئاب بواسطة الأدوية المضادة لمرض الاكتئاب المعروفة باسم مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الاختيارية (Selective serotonin reuptake inhibitors - SSRI)
- الاختيار النموذجي الثاني: مجموعة من مضادات الاكتئاب المعروفة باسم مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCA - Tricyclic antidepressants)
- الاختيار النموذجي الأخير: مجموعة من مضادات الاكتئاب المعروفة باسم مُثَبِّطُات أُكسيداز أُحادِيّ الأَمين (Monoamine oxidase inhibitor - MAOI).

الأعراض الجانبية لأدوية الإكتئاب

كل الأدوية المضادة لمرض الاكتئاب يمكن أن تسبب أعراضا جانبية غير مرغوب فيها.

الأعراض الجانبية تظهر بمستويات متفاوتة الشدّة عند مختلف المرضى، أحيانا تكون هذه الأعراض الجانبية خفيفة إلى درجة لا تلزم التوقف عن تناول الدواء.

بالإضافة إلى ذلك، تختفي أو تخف هذه الأعراض خلال أسابيع معدودة من بدء العلاج بالأدوية المضادة لمرض الاكتئاب.

العلاج النفسي لمرض الاكتئاب :

أحيانا يتم استخدام العلاج النفسي بموازاة العلاج بالأدوية وبالتزامن معه. العلاج النفسي هو اسم شامل لمعالجة الاكتئاب من خلال محادثات مع المعالج النفسي حول الوضع وحول الأمور المتعلقة به.

ويدعى العلاج النفسي، أيضا، العلاج بالمحادثة، الاستشارة أو العلاج النفسي ـ الاجتماعي.

- علاج الاكتئاب بالتخليج الكهربي : يتم تمرير تيار كهربائي عن طريق الدماغ لإحداث فيضان للمشاعر.

الشفاء من الاكتئاب :

قد يكون الاكتئاب، أحيانا، شديدا جدا إلى درجة إنه يستوجب استشفاء المريض (إدخاله إلى المستشفى - Hospitalization) لمعالجته في قسم الأمراض النفسيّة.

لكن حتى في حالات الاكتئاب الحاد، ليس من السهل دوما اتخاذ القرار بشأن طريقة علاج الاكتئاب وما إذا كان هو العلاج الملائم. فإذا ما توفرت إمكانية لمعالجة المريض خارج المستشفى بنفس النجاعة أو أكثر، فمن الأرجح ألّا يوصي الطبيب بإدخاله إلى المستشفى.

استشفاء المريض في قسم الأمراض النفسية يفضل، عادةً في الحالات التي لا يستطيع المريض فيها الاهتمام بنفسه بشكل لائق، أو عندما يكون تخوف جدي من أن يؤذي نفسه أو أي شخص آخر.

الوقاية من الاكتئاب :

ليس هنالك طريقة للوقاية من الاكتئاب. لكن القيام ببعض الامور، يمكن ان يقي او يمنع تكرار الاعراض، مثل:

- اتخاذ تدابير للسيطرة على التوتر، للرفع من مستوى البهجة ومستوى التقدير الذاتي من شأنها أن تساعد.
- الدعم من قبل الأصدقاء والأهل، وخاصة في فترات الأزمة يمكنه أن يساعد في التغلب على حالة الاكتئاب.

من شأن العلاج المبكّر للمشكلة حال ظهور العلامات أو الأعراض الأولى أن يساعد وأن يمنع تفاقم الاكتئاب.

- العلاج الوقائي الطويل المدى أيضا يمنع تكرار أعراض الاكتئاب.

بعض الناس يلجأون إلى طرق الطب المكمّل أو البديل للتخفيف من أعراض الاكتئاب. هذه الطرق تشمل استخدام مضافات غذائية وتقنيات الجسم - النفس.

فيما يلي تفصيل لبعض المضافات الغذائيّة الشائعة المستخدمة في معالجة مرض الاكتئاب:

- عشبة العرن أو عشبة القلب (هيبركوم، هيبوفاريقون المثقب - Hypericum Perforatum) والمعروفة أيضا باسم "نبتة سيدي يحيى" أو "نبتة سانت جونس" (st. Johns wort).

أدينوزيل مثيونين (S - Adenosyl methionine / SAM, SAMe, SAM - e)

- أحماض دهنية أوميجا 3.

- تقنيات الجسم - النفس المتداولة للتخفيف من أعراض الاكتئاب

- الوخز بالإبر الصينيّة

- اليوجا والتدليك
- التأمّل (Meditation)
- التخيّل الموجّه

22. التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي (Viral Gastroenteritis) :

التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي هو عدوى معدية تتم ملاحظتها بالإسهال المائي وتقلصات البطن والقيء أو الغثيان وأحيانًا الحمى.

أكثر طرق الإصابة بالتهاب المعدة والأمعاء الفيروسي شيوعًا، وغالبًا ما تعرف باسم إنفلونزا المعدة، تكون عبر الاتصال بشخص مصاب أو بتناول ماء أو طعام ملوث. إذا كنت سليمًا بخلاف ذلك، فمن المرجح أن تمتثل للشفاء دون مضاعفات. ولكن يمكن أن يؤدي التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي إلى الوفاة في حالات الأطفال والمسنين والأشخاص ذوي الأجهزة المناعية الضعيفة.

لا يوجد علاج فعال لالتهاب المعدة والأمعاء الفيروسي، لذا تعد الوقاية أمرًا أساسيًا. بالإضافة إلى تجنب المياه والطعام الذي يمكن أن يكون ملوثًا، ويعد غسيل اليدين بشكل شامل ومتكرر أفضل وسيلة للدفاع.

الأعراض :

رغم أن التهاب المعدة والأمعاء يطلق عليه بشكل شائع إنفلونزا المعدة، فهو مرض مختلف عن الإنفلونزا. تؤثر النزلة الوافدة الفعلية (الإنفلونزا) في الجهاز التنفسي فقط — أي في الأنف والحلق والرئتين. أما التهاب المعدة والأمعاء، فيهاجم الأمعاء ليسبب علامات وأعراضًا، مثل:

- إسهال مائي، غير دموي عادة — إذ يعني الإسهال الدموي عادة الإصابة بعدوى مختلفة، أكثر شدة
- تشنجات بالبطن وألم
- غثيان أو قيء أو كلاهما
- الإصابة من حين لآخر بأوجاع عضلية أو صداع
- حمى منخفضة الدرجة
- نزول سريع بالوزن

قد تظهر أعراض التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي في غضون فترة تتراوح من يوم إلى ثلاثة أيام بعد الإصابة بها، حسب المسبب، ويتراوح نطاقها من الأعراض الطفيفة إلى الشديدة. تستمر الأعراض عادة ليوم أو اثنين، لكنها قد تستمر أحيانًا حتى 10 أيام.

الإسهال الناجم عن البكتيريا — مثل بكتيريا المطثية العسيرة والسالمونيلا والإشريكية القولونية- أو الناجم عن الطفيليات، مثل طفيل الجيارديا، يسهل الخلط بين أعراضه وأعراض الإسهال الفيروسي لتشابه أعراضهما.

الأسباب :

على الأرجح تتم إصابتك بالتهاب المعدة والأمعاء الفيروسي عندما تأكل أو تشرب طعامًا أو ماءً ملوثًا، أو إذا قمت بمشاركة الأواني، أو المناشف أو الطعام مع شخص مصاب.

يمكن أن يسبب عدد من الفيروسات الإصابة بالتهاب المعدة، بما في ذلك:

النوروفيروس. يتأثر كل من الأطفال والبالغين بإصابتهم بالنوروفيروس، وهو السبب الأكثر شيوعًا للأمراض التي تنتقل عن طريق الأغذية في جميع أنحاء العالم. حيث يمكن للعدوى بالنوروفيروس أن تجتاح العائلات والمجتمعات. ومن المحتمل أن تنتشر العدوى بشكل خاص بين الأشخاص في الأماكن الضيقة. في معظم الحالات، تُصاب بالفيروس من الطعام أو الماء الملوث، على الرغم من إمكانية انتقاله من شخص إلى آخر.

الفيروسية العجلية. في جميع أنحاء العالم، يُعد هذا السبب الأكثر شيوعًا للإصابة بالتهاب المعدة والأمعاء الفيروسي لدى الأطفال، والذين عادةً ما يتعرضون للإصابة عندما يضعون أصابعهم أو غيرها من الأجسام الملوثة بالفيروس في أفواههم. وتكون الإصابة بالعدوى أكثر حدة لدى الرضع والأطفال الصغار. قد لا تظهر أي أعراض على البالغين المصابين بالفيروسية العجلية، ولكنهم ما زالوا قادرين على نشر عدوى المرض — وهو ما يثير القلق بشكل خاص في الأوساط المؤسسية لأن البالغين المصابين دون علمهم يستطيعون نقل الفيروس إلى أشخاص آخرين. يتوفر اللقاح ضد التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي في بعض الدول، بما في ذلك الولايات المتحدة، ويبدو أنه فعال في الوقاية من العدوى.

بعض المحار، وخاصةً المحار النيئ أو غير المطبوخ جيدًا، يمكن أن يُصيبك بالمرض أيضًا. على الرغم من أن مياه الشرب الملوثة هي سبب الإصابة بالإسهال الفيروسي، في كثير من الحالات يتم انتقال الفيروس من خلال مسار الانتقال من البراز إلى الفم — أي أن شخصًا مصابًا بالفيروس يقوم بتحضير الطعام الذي تتناوله دون غسل يديه بعد استخدام المرحاض.

التشخيص :

من المرجح أن يشخص الطبيب التهاب المعدة والأمعاء بناءً على الأعراض والفحص البدني وأحيانًا على وجود حالات مماثلة في مجتمعك. يمكن أن يرصد اختبار البراز السريع عدوى الفيروسية العجلية أو عدوى نوروفيروس، ولكن لا توجد فحوص سريعة للفيروسات الأخرى التي تسبب التهاب المعدة والأمعاء. في بعض الحالات، قد يطلب الطبيب منك عينة من البراز لاستبعاد العدوى البكتيرية أو الطفيلية المحتملة.

العلاج :

لا يوجد غالبًا علاج طبي محدد لالتهاب المعدة والأمعاء الفيروسي. لا تكون المضادات الحيوية فعالة ضد الفيروسات، وكثرة استخدامها قد يُساهم في تطور سلالات من البكتريا المقاومة للمضادات الحيوية. يتكون العلاج مبدئيًا من إجراءات رعاية

للمساعدة على الشعور بالمزيد من الراحة والوقاية من الإصابة بالجفاف في أثناء التعافي، جرّب ما يلي:

- دع معدتك تستقر. توقف عن تناول الأطعمة الصلبة لبضع ساعات.
- جرّب مص رقائق الثلج أو تناول رشفات صغيرة من المياه. يمكنك أيضًا تجربة احتساء صودا صافية أو مرق صافي أو المشروبات الرياضية التي لا تحتوي على كافيين. اشرب الكثير من السوائل يوميًا مع ارتشاف كميات صغيرة بشكل متكرر.
- عُد تدريجيًا لتناول الطعام. ابدأ في تناول الأطعمة الخفيفة سهلة الهضم تدريجيًا مثل مقرمشات الصودا والتوست والهلام والموز والأرز والدجاج. توقف عن تناول الطعام في حال معاودة الشعور بالغثيان.
- تجنب بعض الأطعمة والمواد حتى تشعر بتحسن. تشمل هذه المنتجات منتجات الألبان والكافيين والكحول والنيكوتين والأطعمة التي تحتوي على دهون أو الغنية بالتوابل.
- نل قسطًا وفيرًا من الراحة. يمكن أن يكون قد أدى المرض والجفاف إلى شعورك بالضعف والإرهاق.
- كن حذرًا مع تناول الأدوية. استخدم العديد من الأدوية مثل إيبوبروفين (أدفيل، وموترين آي بي، وغيرهما) بكمية قليلة إن أمكن. فيمكن أن تؤدي إلى اضطراب المعدة بشكل كبير. تناول أسيتامينوفين (تيلينول، وغيره) بحذر نظرًا لأنه يمكن أن يؤدي أحيانًا إلى سمية الكبد وتحديدًا في الأطفال. لا تسمح بتناول الأطفال أو المراهقين للأسبرين نظرًا لخطر الإصابة بمتلازمة راي، وهو مرض نادر يمكن أن يؤدي إلى الوفاة. ناقش الأمر مع طبيب طفلك قبل اختيار مسكن للألم أو خافض للحرارة.

23. سرطان الحنجرة (Laryngeal Cancer) :

سرطان الحنجرة وأنواعه سرطان الحنجرة هو تسمية تطلق على مجموعة من السرطانات التي قد تنتشر في منطقة الحلق وتشمل: البلعوم (القناة العضلية في الحلق)، الأوتار الصوتية، واللوزتين.

لتعدد الأعضاء التي يشملها مصطلح الحنجرة، نجد تعدّدا بأنواع السرطانات التي قد تصيبها:

- سرطان الخلايا الحرشفية: هذا النوع من السرطان يؤثّر على الخلايا المسطّحة التي تبطّن الحلق.
- السرطانة الغدية (Adenocarcinoma): وهو السرطان الذي يستهدف الغدد.
- سرطان البلعوم الذي ينقسم بدوره إلى: سرطان البلعوم الأنفي، سرطان البلعوم الفموي، وسرطان البلعوم السفلي.
- سرطان الأوتار الصوتية.

أعراض سرطان الحنجرة :

أحيانا قد يكون من الصعب الشعور بسرطان الحنجرة باكرا، لما له من أعراض قد نفسّرها على أنها عادية، لذا اصغ لنفسك جيّدا والجأ إلى طبيبك في حال عانيت من هذه الأعراض ولم تتحسن خلال اسبوعين حتى ثلاث:

- صعوبة في البلع
- التهاب في الحلق
- فقدان في الوزن
- تغيير في الصوت
- انتفاخ في العقد اللمفاوية
- ألم في الأذن
- صفير أو شخير
- السعال المستمر وقد يصحبه الدم.

أسباب وعوامل خطر الإصابة بسرطان الحنجرة :

تشير الدراسات إلى كون الرجال أكثر عرضة للإصابة بسرطان الحنجرة من النساء، إلّا أنّ النظريات ترجّح ألّا يكون ذلك نتيجة الجنس بقدر ما يكون بسبب السلوكيات الصحية التي تميّز كلّ منهما.

لم ينجح العلم حتى اللحظة بالتأكد من الأسباب المحددة التي تؤدّي إلى إنتاج الخلايا السرطانية في الحنجرة، إلّا أنّهم يسيرون إلى مجموعة من العوامل التي ترفع من خطر الإصابة به جدّيّا:

- التدخين للسجائر والشيشة
- استهلاك الكحول بإفراط
- سوء التغذية
- صحة الأسنان والفم السيئة
- العامل الوراثي
- التعرض لمادة الاسبست المستخدمة في البناء
- مرض الجزر المعدي المريئي (GERD)
- فيروس الورم الحليمي البشري (HPV).

تشخيص سرطان الحنجرة :

خلال موعدك مع الطبيب توقّع أولا أن يراجع تاريخك الطبي وقد يسألك حول بعض التفاصيل فيه للتأكد من العامل الوراثي ومن الأمراض التي كنت قد أصبت بها سابقا.

بداية سيقوم الطبيب بإجراء تنظير للحنجرة لمعاينة وجود معالم للورم فيها، وفي حال وجد نسيجا غريبا بعض الشيء سيطلب منك إجراء بعض الفحوصات التي قد تشمل:

1. فحص الخزعة

فحص الخزعة هو عبارة عن أخذ عيّنة من النسيج الغريب وفحصه في المختبرات للتأكد من نوع الورم. تتنوّع الخزعات التي قد يطلبها الطبيب:

- الخزعة التقليدية: يقوم الطبيب المختص بإجراء شق صغير وأخذ عيّنة من النسيج، وذلك تحت تخدير عام وفي غرفة العمليات.
- خزعة بالإبرة: يقوم خلالها الطبيب بإدخال إبرة رفيعة مباشرة إلى موضع الورم فيأخذ عينة من الخلايا.
- خزعة بالمنظار: يستخدم خلالها الطبيب المنظار الداخلي للتمكن من الوصول إلى نسيج الورم وأخذ العينة بواسطته.

2.اختبارات التصوير المختلفة

يهدف استخدام اختبارات التصوير إلى تحديد مدى انتشار المرض في الجسم، وفي حالة سرطان الحنجرة قد تحتاج للاختبارات لفحص الصدر، الرقبة، الرأس، وحتى الجسم ككل، أنواع التصوير كالتالي:

- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI): يوظّف هذا الاختبار موجات راديو مغناطيسية قوية من أجل إنشاء صور مفصّلة للأعضاء داخل منطقة العنق كلها، يبحث التصوير بالرنين المغناطيسي عن انتشار الأورام في باقي الجسم.
- التصوير المقطعي بالإصدار البوزتروني (PET): يعتمد هذا الفحص على حقن نوع من السكر المشع في دم المريض، فيقوم المسح بإنشاء صور لمناطق النشاط الإشعاعي في الجسم حيث تتفاعل الخلايا السرطانية بشكل مختلف عن خلايا الجسم مع هذا السكر المشع. يتم استخدام هذه التقنية في الغالب في مراحل السرطان المتقدمة.
- التصوير المقطعي: يستطيع التصوير المقطعي بالأشعة السينيّة أن ينتج صورة للأنسجة الرخوة والأعضاء في الجسم، ما يساعد الأطباء في تحديد مدى تضرر أنسجة الغدد الليمفاوية والرئتين.
- تصوير الأشعة مع الباريوم: وهو عبارة عن سائل كثيف مشع أيضا، يعمل على نفس مبدأ التصوير بالإصدار البوزتروني إلّا أنّه يفحص تحديدا الجهاز الهضمي، حيث يبلع المريض الباريوم ويخضع لتصوير الأشعة.
- الأشعة السينية للصدر: في حال كان طبيبك يشكّ في وصول السرطان إلى رئتيك فلا بدّ من أنّه سيوجّهك لإجراء فحص الأشعة السينية للصدر للتأكد من دقّة شكوكه.

تحديد مراحل السرطان :

في حال أظهر فحص الخزعة أنّ الحديث يدور حول خلايا سرطانية، سيخبرك الفحص المخبري للخزعة أيضا حول المرحلة التي وصل إليها الورم، والقصد هنا هو مدى عمق وانتشاره في الجسم:

مرحلة 0: الورم موجود فقط في الطبقة العليا من الخلايا، في الجزء المصاب من الحنجرة.

مرحلة 1: الورم أقل من 2 سم ويقتصر على الجزء المصاب من الحنجرة.

المرحلة 2: الورم يتراوح بين 2 و 4 سم وقد يكون بدأ في النمو في منطقة مجاورة

المرحلة 3: الورم أكبر من 4 سم حيث بدأ بالانتشار في الحنجرة ووصل لعقدة ليمفاوية واحدة

المرحلة 4: انتشر الورم إلى الغدد الليمفاوية أو إلى الأعضاء الأبعد في الجسم.

علاج سرطان الحنجرة :

لأنّ سرطان الحنجرة متنوّع ولأنّه قد يتفاوت في مراحله فمن الطبيعي أن تتعدّد طرق علاجه، لذا فقد يلجأ الطبيب لأحد الخيارات التالية وحتّى قد يدمج بين أكثر من علاج:

1. العملية الجراحية

في حال كان هناك احتمال جيّد لاستئصال الورم السرطاني، ففي الغالب سيختار الطبيب إحدى العمليات الجراحية التالية:

الجراحة بالمنظار: خلال هذه الجراحة يقوم الجرّاح باستخدام منظار داخلي يحتوي على ضوء وكاميرا في نهايته ويقوم بإتمام الجراحة التقليدية او بالليزر. يستخدم المنظار في المراحل الأولى جدّا من السرطان.

استئصال الحبال الصوتية: في حال امتد الورم إلى الحبال الصوتية قد يحتاج الجرّاح إلى استئصال كل أو بعض الحبال الصوتية.

استئصال صندوق الصوت: في حال كان السرطان يتخطى الحبال الصوتية، وينتشر في صندوق الصوت كله قد يحتاج الطبيب إلى استئصال كل صندوق الصوت، في هذه الحالة فأنّ المريض قد يبقى قادرا على النطق بعد الجراحة، إلّا أنّه أحيانا قد يخسر قدرته هذه لذا يضطر للتعلم حول إمكانياته التحدث دون الصندوق.

استئصال أجزاء من البلعوم: وذلك يتم في حال كان الورم يستهدف جزءا من القناة العضلية المدعوة البلعوم.

تشريح العنق: إن كان الورم قد أصاب بعضا من الغدد اللمفاوية فسيضطر الجرّاح إلى تشريح العنق واستئصال بعض الغدد حسب الحاجة.

2. العلاج الإشعاعي

بعد إزالة الورم بالعملية الجراحية، في الغالب سيوجّك الطبيب إلى الخضوع لبعض الجلسات الإشعاعية وذلك من أجل تدمير اي خلايا سرطانية قد تبقى بعد العملية وذلك للقضاء تماما على السرطان. أنواع العلاج الإشعاعي:

العلاج الإشعاعي الموضعي: في هذا النوع من العلاج الإشعاعي تتم زراعة بذور إشعاعية مباشرة داخل الورم أو بمحاذاته فتقوم بدورها في تدمير الخلايا السرطانية بدرجة الإشعاع المرتفعة.

العلاج الإشعاعي المعدل أو الثلاثي الإبعاد، هما نوعان من العلاج الإشعاعي الذي يقتضي تصميم تدخّل إشعاعي فردي خاص لكل مريض بحسب موقع وظروف ورمه وهي الطريقة الأكثر شيوعا في العلاجات.

3. العلاج الكيميائي

في حالات الأورام الكبيرة أو المتقدمة التي وصلت إلى الغدد الليمفاوية وغيرها من الأعضاء والأنسجة، قد يوصي طبيبك بالعلاج الكيميائي بالإضافة إلى العلاج الإشعاعي. فيقوم الإشعاعي بتدمير الخلايا السرطانية الحالية بينما يعمل الكيميائي على إبطاء ومحاربة نمو الخلايا الخبيثة.

4. العلاج الموجّه

هذا العلاج يقتضي التدخّل في جزيئات محدّدة مسؤولة عن نمو الورم والتأثير بها لمنع ووقف نمو الخلايا السرطانية.

حتى اليوم هناك نوع واحد من العلاجات الموجهة التي يتم استخدامها لمحاربة سرطان الحنجرة، بينما يتم العمل على تطوير المزيد بواسطة الأبحاث والتجارب.

24. سرطان القولون (Colorectal cancer) :

سرطان القولون هو نوع من أمراض السرطان التي تصيب القولون (Colon). القولون هو الجزء الأخير من الأمعاء الغليظة، من الجهاز الهضمي. وسرطان القولون (المستقيم - Rectum) هو عبارة عن سرطان في الـ 15 سنتيمترا الأخيرة من القولون. هذان النوعان من السرطان يدعيان، معا، سرطان القولون والمستقيم، أو: "السرطان القولوني المستقيميّ".

في أغلب الحالات، يبدأ سرطان القولون ككتلة صغيرة من الخلايا غير السرطانية تدعى باسم "سليلة (بوليب) ورَمِية غُدية" (Adenomatous polyp). وبعد فترة من الزمن تتحول السلائل / البوليبات (Polypi) التي تكونت إلى كتل سرطانية متواجدة في القولون.

قد تكون هذه السلائل صغيرة ومصحوبة بعدد قليل جداً من الأعراض، إن وجدت أصلا. وفحوصات التفريسة (المسح - Scan) التي يتم إجراؤها بشكل منتظم يمكن أن تمنع نشوء وتطور سرطان القولون، بواسطة الكشف المبكر عن السلائل قبل أن تتحول إلى أورام سرطانية.

وإذا ما ظهرت أية علامات تدل على اعراض سرطان القولون، فهي قد تشمل:

تغيير في نشاط الأمعاء الاعتيادي، دم في البُراز، تشنجات معوية (مغص) دائمة، تطبّل البطن (انتفاخ غازي في البطن - Flatulence) أو أوجاع في البطن.

أعراض سرطان القولون :

معظم الأشخاص الذين يصابون بمرض سرطان القولون لا تظهر لديهم أية اعراض في المراحل المبكرة من المرض. وحين تبدأ اعراض سرطان القولون بالظهور، فإنها تختلف من حالة إلى أخرى، وتكون مرتبطة بحجم الورم السرطاني وموقعه في داخل القولون.

قد تشمل اعراض سرطان القولون والعلامات الأولية ما يلي:

- تغييرات في نشاط الأمعاء الطبيعي والاعتيادي، تتجلى في: الإسهال، الإمساك أو تغيرات في منظر البراز ووتيرة التبرّز، تستمر لفترة تزيد عن أسبوعين

- نَزْف من فتحة الشرج أو ظهور دم في البراز
- ضيق في منطقة البطن، يتجلى في: تشنجات (مغص)، انتفاخات غازية وأوجاع
- تبرّز مصحوب بأوجاع في البطن
- اعراض سرطان القولون مصحوبة أيضاً بشعور بأن التبرّز لم يفرغ ما في الأمعاء، تماما
- التعب أو الضعف
- هبوط غير مبرر في الوزن وهو من الاعراض المبكرة لسرطان القولون

إن وجود دم في البراز يمكن أن يشير إلى وجود ورم سرطاني، لكنه يمكن أن يشير أيضا إلى مجموعة متنوعة من المشاكل الصحية الأخرى. إذا كان لون الدم أحمر شاحبا، يمكن رؤيته على ورق التواليت، فالأرجح أن مصدره هو البواسير (Piles / Hemorrhoids) أو ربما شَقّ شَرْجيّ (مُزق / شرخ في فتحة الشرج - Anal fissure) او التهابات في الجهاز الهضمي او سوء الهضم.

بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض أنواع الأطعمة، مثل الشَّمَنْدَر أو عرق السوس (العرقسوس) الأحمر، قد تجعل لون البراز أحمر. أما بدائل الحديد (الأدوية التي تحتوي على الحديد) وبعض أنواع الأدوية المستعملة لمعالجة الإسهال، فمن الممكن أن تحوّل لون البراز إلى أسود. لكن هذا لا يدل على وجود اعراض سرطان القولون.

ومع ذلك، وبالرغم من كل ما ذُكر، ينصح بشدة بفحص أية علامة تدل على نزف (دم) في البراز، بصورة شاملة ودقيقة، بواسطة الطبيب المعالج، لأن وجود دم في البراز يمكن أن يشير، في بعض الأحيان، إلى مرض أكثر خطورة.

أسباب وعوامل خطر سرطان القولون :

يتكون سرطان القولون، بشكل عام، عندما يحصل تغيير ما في مجموعة من الخلايا السليمة. فالخلايا السليمة تنمو وتنقسم بصورة منتظمة ومنسقة بهدف منح الجسم إمكانية العمل وأداء مهامه، بصورة طبيعية وسليمة. لكن عملية نمو الخلايا وانقسامها تخرج عن نطاق السيطرة، في بعض الأحيان، فتواصل الخلايا الانقسام والتكاثر حتى بدون أن تكون هنالك حاجة لمثل هذا العدد الهائل من الخلايا. هذه الزيادة المفرطة في عدد (كمية) الخلايا في منطقة القولون والمستقيم يمكن أن يرافقها إنتاج خلايا مُحْتَمَلة التسَرْطُن (Precancerous) في داخل غلاف القولون الداخلي.

خلال فترة زمنية طويلة جدا - يمكن أن تصل حتى إلى عدة سنين – يمكن أن يتحول بعض هذه الخلايا الفائضة إلى سرطانية. وفي مراحل متقدمة من مرض سرطان القولون، يمكن لسرطان القولون أن يخترق جدار القولون وأن يتفشى (يرسل نَقيلات - Metastasis) إلى الغدد اللمفاوية القريبة أو إلى أعضاء داخلية أخرى. وكما هو الحال في جميع أنواع السرطان، لا يزال السبب الحقيقي الدقيق لتكوّن سرطان القولون غير معروف، حتى الآن.

أورام ما قبل السرطانية (مُحْتَمَلة التسَرْطُن - Precancerous) في القولون:

الأورام ما قبل السرطانية يمكن أن تنشأ في أي مكان على طول القولون، الأنبوب العضلي الذي يشكل الجزء الأخير من الجهاز الهضمي. يتكون القولون من 120 - 150 سنتيمترا في الجزء العلوي، تسمى "الأمعاء"، بينما يشكل "المستقيم" (Rectum) الـ 15 سنتيمترا الأخيرة منها.

الأورام ما قبل السرطانية تظهر، غالبا، على شكل كتلة من الخلايا (سلائل / بوليبات - polypi) تبرز من جدار القولون. وتظهر هذه السلائل، أحيانا، على شكل فطر. كما يمكن لهذه الأورام ما قبل السرطانية أن تظهر، أيضا، كبقعة مستوية، مسطحة، أو كتجويف في جدار القولون. ويعتبر هذا النوع معقدا من ناحية كشفه، نظرا لأنه نادر جدا.

أنواع السلائل في القولون

هنالك أنواع عدة من السلائل في القولون، من بينها:

- وَرَمٌ غُدّيّ (Adenoma): هذا النوع من السلائل هو صاحب الاحتمالات الأكبر للتحول إلى سرطان (أو ورم سرطاني)، ويتم استئصاله وإزالته، عادة، خلال اختبارات وتفريسات الكشف، مثل فحص تنظير القولون (Colonoscopy) أو التنْظير السِّينِيّ (Sigmoidoscopy)
- سلائل مفْرِطة التَّنَسُّج (Hyperplastic polyps): هذا النوع من السلائل يعتبر نادرا جداً، وهو لا يشكل، عادة، أرضية لتكوّن وتطور سرطان القولون.
- سلائل التهابية (Inflammatory Ployps): هذه السلائل يمكن أن تتكون نتيجة التهاب القولون المتقرّح (أو: التقرّحي - Ulcerative Colitis). بعض هذه السلائل الملتهبة يمكن أن تتحول إلى أورام سرطانية. لذلك، إذا كان شخص ما يعاني من التهاب الأمعاء التقرحي فهناك خطر محتمل بأن يصاب بمرض سرطان القولون.

العوامل التي تؤثر على الاصابة بمرض سرطان القولون :

أما العوامل التي يمكن أن تؤثر على احتمالات الإصابة بمرض سرطان القولون والمستقيم فتشمل:

- السن: حوالي 90% من الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بسرطان القولون تجاوزوا سن الـ 50 عاما

- التاريخ الطبي: إذا كان يشير إلى نشوء سلائل في القولون أو في المستقيم

- أمراض التهابية في الأمعاء

- خلل وراثي له تأثير على القولون: المتلازمات الوراثية التي تنتقل في العائلة من جيل إلى آخر يمكن أن تزيد من خطر الإصابة بمرض سرطان القولون. هذه المتلازمات مسؤولة عن 5% من مجمل حالات سرطان القولون. إحدى هذه المتلازمات الوراثية تدعى داء السلائل الورميّة الغُدّيّة العائلي (Familial adenomatous polyposis - FAP)، وهي متلازمة نادرة تتسبب في نشوء آلاف السلائل على جدران الأمعاء وفي داخل المستقيم.

الأشخاص المصابون بمتلازمة FAP دون أن تتم معالجتها يزداد خطر إصابتهم بمرض سرطان القولون، حتى بلوغهم سن الـ 45 عاما، بنسبة تزيد عن 90%. وثمة متلازمة أخرى هي متلازمة لينتش (Lynch syndrome) – أو: HNPCC - وهي أكثر انتشارا من متلازمة FAP. الأشخاص المصابون بمتلازمة HNPCC هم أكثر عُرضة للإصابة بمرض سرطان القولون في سن مبكرة. هاتان المتلازمان، FAP و HNPCC، يمكن أن يتم الكشف عنهما بواسطة الاختبارات الجينية. إذا كان التاريخ العائلي يشير إلى إصابة أحد أفراد العائلة بإحدى هاتين

المتلازمتين، فمن الضروري إبلاغ الطبيب المعالج والبحث معه في الاختبارات اللازم إجراؤها والخضوع إليها.

- التاريخ العائلي: إذا كانت في العائلة إصابات سابقة بمرض سرطان القولون أو الأمعاء أو بسلائل في القولون

- النظام الغذائي: قد يكون سرطان القولون والمستقيم مرتبطة بالأنظمة الغذائية قليلة الألياف أو الغنية بالدهون والسعرات الحرارية

- النشاط البدني: عدم أو قلة، ممارسة النشاط الجسماني

- مرض السكري

- السمنة المفرطة

- التدخين

- الكحول: شرب الكحول بكميات مفرطة يمكن أن يزيد خطر الإصابة بمرض سرطان القولون

- اضطرابات في هرمون النمو

- معالجات إشعاعية للسرطان

تشخيص سرطان القولون :

فحوصات مسحيّة للكشف المبكر عن سرطان القولون:

إن إجراء فحوصات مسحيّة روتينية للكشف عن سرطان القولون هو أمر مفضّل ويوصى به ابتداء من سن 50 عاما لجميع الأشخاص الذين يمكن أن يكونوا في قائمة الناس المعرضين لخطر الإصابة بسرطان القولون. هنالك عدة فحوصات مسحية كهذه - لكل منها إيجابيات وسلبيات. من المهم التحدث مع الطبيب المعالج حول الخيارات المتاحة أمام كل شخص ليتم اتخاذ قرار مشترك بشأن أي هذه الفحوصات هو الأكثر ملاءمة في الحالة العينية.

هنالك عدة خيارات لفحص القولون:

فحص سنوي للكشف عن دم خفي في البراز تحليل براز بسيط لكنه غير دقيق لان اسباب ظهور الدم كثيرة وعدم ظهور الدم ليس دليل قاطع على عدم الاصابة بالمرض.

تحليل الكالبروتكتين (calprotectin) في البراز عن طريق عينة البراز وقيمته الطبيعية اقل من 50 لكن ارتفاعه في سرطان القولون يكون حوالي 150 وارتفاعه الكبير يشير الى التهابات وامراض اخرى لكنه غير دقيق في تحديد المرض المحدد .

فحص الحمض النووي (DNA) في البراز - على الرغم أنه من غير الواضح بعد كم من الوقت على المرء أن ينتظر بين الفحص والتالي.

- فحص بالتنظير السيني (sigmoidoscopy) - مرة كل 5 سنوات
- فحص بحقنة مزدوجة التباين (Double contrast enema) - مرة كل 5 سنوات
- تنظير القولون (colonoscopy) - مرة كل 10 سنوات
- تنظير القولون الافتراضي (Virtual colonoscopy) - مرة كل 5 سنوات
- تحليل cea عن طريق الدم للكشف عن تطور سرطان القولون وانتشاره لكن الاطباء غالبا لا يستخدمونه للتشخيص لأنه يرتفع في 60 الى 80 بالمئة من الحالات التي فيها سرطان القولون وهناك حالات شخص عندها انتشار المرض لكن التحليل كان من المستوى الطبيعي وفي امراض السرطان صعب الاعتماد على فحص دقته ليست مؤكدة .
- مسح: معظم أنواع سرطان القولون تتولد وتتطور من سلائل (بوليبات) غُدّيّة. عملية المسح يمكن أن تكشف عن السلائل، حتى قبل أن تتحول إلى خلايا سرطانية. كما يمكنها أن تساعد، أيضا، في الكشف عن سرطان القولون خلال مراحله الأولى حين تكون نسبة الشفاء منه لا تزال مرتفعة جداً.

فحوصات الكشف والتشخيص عن سرطان القولون قد تشمل أيضا ما يلي:

- اختبار الدم الخَفيّ في البراز (Occult blood test): هذا الاختبار يفحص عينة من البراز
- اختبار الحمض النووي الريبي المنزوع الأكسجين (دنا) (Deoxyribonucleic acid - DNA) من عينة براز: هذا الاختبار يشمل تحليل عدة أحماض نووية مصدرها هو خلايا أفرزتها السلائل ما قبل السرطانية إلى البراز
- التنْظير السِّيني (Sigmoidoscopy): هو فحص للمناطق الداخلية من القولون. في هذا الاختبار يستخدم الطبيب أنبوب ضوء مرناً لمعاينة القولون من الداخل لمسافة تصل إلى نحو 60 سنتيمترا في داخل القولون
- حقنة الباريوم (Barium enema): هذا الاختبار يتيح للطبيب فحص القولون بمساعدة الأشعة السينية (أشعة رنتجن – X - ray). والباريوم هو صِباغ (Pigment) عاكس يتم إدخاله إلى القولون بواسطة حقنة شرجية
- تنظير القولون (Colonoscopy): هذا الفحص مشابه إلى حد كبير لفحص التنْظير السِّينِيّ، لكن الأداة المستعملة في تنظير القولون هي عبارة عن خرطوم طويل، ضيق ومرن مربوط بكاميرا فيديو وشاشة تتيح للطبيب المعالج معاينة القولون والمستقيم، على طولهما، وبذلك الكشف عن سرطان القولون.
- تنظير القولون الافتراضي (Virtual colonoscopy) - تنظير بواسطة جهاز التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography - CT): على الرغم من أن هذا الفحص غير متاح في جميع المراكز الطبية، إلا إنه يشكل خيارا مهما آخر للمسح والتصوير. هذا الفحص يستعمل جهاز التصوير المقطعي المحوسب (CT) لإنتاج لوحات تصويرية للقولون، بدلا من ستخدام المعدات التي يتم إدخالها في الأمعاء من خلال الفتحة الشرجية.

تدريج مراحل تطور سرطان القولون:

بعد أن تم تأكيد تشخيص الإصابة بمرض سرطان القولون ، يجري الطبيب المعالج عدة فحوصات لتقييم درجة المرض أو مدى تفشي السرطان في الجسم. ويساعد تدريج سرطان القولون على تحديد نوعية وطريقة العلاج الأنسب والأكثر فائدة.

اختبارات التقييم لمدى تقدم المرض تشمل أيضا تصوير CT لجَوف البطن (Abdominal cavity) أو تصويرا بالأشعة السينية لمنطقة الصدر.

مراحل سرطان القولون :

تدريج مراحل تقدم سرطان القولون يتم وفقاً للترتيت التالي:

المرحلة 0 (صفر) - الورم السرطاني لا يزال في مراحله الأولية. سرطان القولون لم ينمُ أو ينتشر، بعد، إلى خارج البطانة الداخلية (المخاطية) للقولون أو المستقيم. في هذه النقطة يمكن وصف السرطان بأنه ورم خبيث (Carcinoma) محلي.

المرحلة 1 (الأولى) - الورم السرطاني قد نما وانتشر إلى ما خارج بطانة القولون، لكنه لم ينتقل إلى خارج جدار القولون أو المستقيم، بعد.

المرحلة 2 (الثانية) - الورم السرطاني قد نما، انتشر واخترق جدار القولون أو المستقيم، لكنه لم ينتقل بعد إلى العقد اللمفاوية المجاورة.

المرحلة 3 (الثالثة) - الورم السرطاني قد نما، انتشر ووصل إلى العقد اللمفاوية المجاورة، لكنه لا يؤثر على أعضاء أخرى في الجسم، حتى الآن.

المرحلة 4 (الرابعة) - الورم السرطاني قد نما وانتشر على نطاق واسع في الجسم، يكون قد انتقل مثلا إلى أعضاء داخلية أخرى مثل الكبد أو الرئتين، أو إلى الغشاء الذي يغلّف تجويف البطن، أو إلى أحد المبيضين (لدى النساء).

الورم يعاود الظهور، مراراً وتكراراً - هذا يعني أن السرطان قد عاد إلى الظهور بعد العلاج. هناك إمكانية أن يعاود السرطان الظهور في داخل القولون، في المستقيم أو في أي عضو آخر في الجسم.

علاج سرطان القولون :

يتعلق نوع علاج سرطان القولون الذي يمكن أن يوصي به الطبيب المعالج، إلى حد كبير، بالمرحلة التي وصل إليها السرطان.

أنواع العلاج الرئيسية الثلاثة هي: المعالجة الجراحية، المعالجة الكيميائية والمعالجة الإشعاعية.

تعتبر الجراحة لاستئصال القولون الحل الرئيسي لمعالجة مرض سرطان القولون.

اما بالنسبة الى حجم الجزء الذي سيتم استئصاله (إزالته) من القولون خلال العملية الجراحية، أو عما إذا كانت هناك أنواع علاجية إضافية أخرى، كالمعالجة الإشعاعية أو الكيميائية، تشكل حلا

مناسبا لهذا المريض أو ذاك تتعلق بعوامل عدة أهمها: مكان الورم السرطاني، العمق الذي حفره (اخترقه) السرطان في جدار القولون وما إذا كان السرطان قد انتقل (تفشى) إلى الغدد اللمفاوية أو أعضاء داخلية أخرى في الجسم.

إجراءات جراحيّة

يقوم الجراح بإزالة جزء القولون الذي يحتوي على الورم السرطاني، سوية مع حواف إضافية من الأنسجة السليمة المحيطة به من جميع الجهات، وذلك من أجل ضمان إزالة الورم السرطاني كله، تماما. وبالإضافة إلى ذلك، تتم عادة، أيضا، إزالة الغدد اللمفاوية الموجود بجوار الأمعاء الغليظة وذلك بهدف معاينتها وفحصها للتأكد من عدم وجود خلايا سرطانية فيها. ويستطيع الطبيب الجراح، عادة، إعادة توصيل الجزء السليم المتبقي من القولون مع المستقيم.

وإذا لم يكن ذلك ممكناً (إذا كان الورم السرطاني موجودا في نهاية القولون، مثلا) فقد تكون هنالك حاجة إلى فُغْرَة (Stoma)، مؤقتة أو دائمة. يتم فتح فغرة في جدار القولون ويوصَل إليها كيس خاص يتم إفراز فضلات وإفرازات الأمعاء إليه. وقد تكون هذه الفغرة مؤقتة، أحيانا، وذلك لمساعدة الأمعاء والمستقيم على التعافي والشفاء بعد العملية الجراحية. ومع ذلك، قد تكون هنالك حاجة، في أحيان أخرى، إلى إبقاء الفغرة مفتوحة بشكل دئم.

في بعض الحالات النادرة جداً، مثل وجود عوامل وراثية، مثل متلازمة السلائل الغدية الورمية، أو متلازمات الأمعاء الالتهابية، مثل التهاب القولون التقرّحي، ينصح اختصاصي الأورام السرطانية، إجمالا، باستئصال كلي للقولون والمستقيم وإزالتهما تماما، وذلك لمنع ظهور أورام سرطانية فيهما، في المستقبل.

إذا كان الورم السرطاني صغير الحجم، ويتمركز داخل سليلة في مرحلة أولية مبكرة جدا من التطور، فبإمكان الطبيب الجراح إزالة الورم كله خلال فحص تنظير القولون. أما إذا بيّنت الفحوصات أن الورم السرطاني غير موجود في قاعدة السليلة - الموقع الذي ترتبط فيه السليلة بجدار القولون - فمن المحتمل جداً أنه قد تمت إزالة الورم السرطاني بالكامل.

إذا كان السرطان قد وصل إلى مرحلة متقدمة جداً، أو إذا كان الوضع الصحي العام ضعيفا ومترديا، فإن الحل الأنسب قد يكون، ربما، جراحة لفتح الانسداد في القولون، مما يخفف من الأعراض التي تسبب الضيق والمعاناة.

الوقاية من سرطان القولون :

تغيير نمط الحياة للحد من خطر الاصابة:

هنالك العديد من الخطوات التي يمكن للمرء اتخاذها لتقليل خطر الإصابة بسرطان القولون، وذلك عن طريق إجراء بعض التغييرات في نمط حياته، بما في ذلك:

- تناول الكثير من الفواكه، الخضار والحبوب الكاملة
- التقليل من الدهون، وخاصة الدهون المشبعة
- إتباع نظام غذائي متزن ومتنوع من أجل زيادة كمية الفيتامينات والمعادن التي يحتاجها الجسم

- التقليل من استهلاك المشروبات الكحولية
- التوقف عن التدخين
- ممارسة النشاط البدني والحفاظ على وزن صحي

اظهرت بعض الدراسات ان تناول انواع من الادوية ممكن ان يقي من سرطان القولون لكن ليست هناك أدلة كافية تسمح بالتوصية بتناول هذه الأدوية لأشخاص هم في دائرة الخطر للإصابة بسرطان القولون والادوية هي:

- الأسبرين (Aspirin)

- أدوية لاستيرويدية مضادة للإلتهابات (NSAIDS) وليست أسبرين

- سيليبريكس (Celebrex)

25. مرض السكري (Diabetes) :

يشمل مصطلح مرض السكري (Diabetes) عددا من الاضطرابات في عملية هدم وبناء - الأيض - (Metabolism) الكربوهيدرات.

الإصابة بالسكري :

عندما تصاب خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس بالضرر، تقل كمية الإنسولين المفرزة بشكل تدريجي، وتستمر هذه العملية سنوات عديدة.

إذا ما ترافقت هذه الحالة مع وجود "مقاومة الإنسولين"، فإن هذا المزيج من كمية إنسولين قليلة ومستوى فاعلية منخفض، يؤدي إلى انحراف عن المستوى السليم للجلوكوز (السكر) في الدم، وفي هذه الحالة يتم تعريف الشخص بأنه مصاب بمرض السكري (Diabetes).

المعروف إن المستوى السليم للسكر في الدم بعد صوم ثماني ساعات يجب أن يكون أقلّ من 108 ملغم/ دل، بينما المستوى الحدودي هو 126 ملغم/ دل. أما إذا كان مستوى الجلوكوز في الدم لدى شخص ما 126 ملغم/ دل وما فوق، في فحصين أو أكثر، فعندئذ يتم تشخيص إصابة هذا الشخص بمرض السكري.

أنواع مرض السكري :

1- السكري من النوع الأول (Diabetes type 1) (أو: السكري النمط الأول / السكري لدى الأطفال/ السكري لدى اليافعين - Juvenile Diabetes)

هو مرض يقوم الجهاز المناعي خلاله بإتلاف خلايا بيتا في البنكرياس، لأسباب غير معروفة ولم يتم تحديدها، حتى الآن.

عند الأولاد، تجري عملية الإتلاف هذه بسرعة وتستمر من بضعة أسابيع حتى بضع سنين. أما عند البالغين، فقد تستمر سنوات عديدة. العديد من الأشخاص الذين يصابون بمرض السكري من

النوع الأول (Diabetes type 1) في سن متقدم، يتم تشخيص حالتهم، خطأ، بأنها مرض السكري من النوع الثاني (Diabetes type 2).

2- السكري من النوع الثاني (Diabetes type 2) (أو: سكري النمط الثاني/ سكري البالغين)

هو مرض يتم خلاله تدمير وإتلاف خلايا بيتا في البنكرياس لأسباب وراثية، على الأرجح، مدعومة بعوامل خارجية. هذه العملية بطيئة جدا وتستمر عشرات السنين.

إن احتمال إصابة شخص يتمتع بوزن صحّي وبلياقة بدنية جيدة بمرض السكري ضئيل، حتى وإن كان لديه هبوط في إفراز الإنسولين. أما احتمال إصابة شخص سمين لا يمارس نشاطا بدنيا بمرض السكري فهو احتمال كبير، نظرا لكونه أكثر عرضة للإصابة بـ "مقاومة الإنسولين" (Insulin resistance) وبالتالي بمرض السكري.

تشير الإحصائيات إلى إن عدد المصابين بمرض السكري النمط الثاني في العالم، سجل ارتفاعا كبيرا جدا خلال العقود الأخيرة، إذ وصل إلى نحو 150 مليون إنسان، ومن المتوقع أن يرتفع إلى 330 مليون مصاب بمرض السكري، حتى العام 2025.

من الأسباب الرئيسية لهذا الارتفاع الحاد بالاصابات بمرض السكري:

- السمنة
- قلة النشاط البدني
- التغيرات في أنواع الأطعمة: فالأغذية الشائعة اليوم تشمل المأكولات الجاهزة تسبب السكري، كونها غنية بالدهنيات والسكريات التي يتم امتصاصها في الدم بسهولة، مما يؤدي إلى ازدياد "مقاومة الإنسولين".

قد تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى:

- ارتفاع تدريجي في ضغط الدم
- اضطرابات مميزة في دهنيات الدم، وخاصة ارتفاع ثلاثي الغليسريد (Triglyceride)
- انخفاض البروتين الشحمي رفيع الكثافة (الكولسترول الجيد – HDL).
- يصاب مرضى السكري إجمالا بأضرار مميزة: في الكليتين، في شبكيتيّ العينين (Retina) وفي الجهاز العصبيّ.

أعراض مرض السكري :

تختلف اعراض مرض السكر تبعا لنوع السكري.

أحيانا، قد لا يشعر الأشخاص المصابون بـ "مقدمات" السكري (Prediabetes) أو بالسكري الحملي (Pregnancy diabetes)، بأية اعراض إطلاقا. أو قد يشعرون ببعض من أعراض السكري النمط الأول والسكري النمط الثاني أو بجميع الأعراض سوية.

من اعراض مرض السكري:

- العطش
- التبول كثيرا، في أوقات متقاربة
- الجوع الشديد جدا
- انخفاض الوزن لأسباب غير واضحة وغير معروفة
- التعب
- تشوش الرؤية
- شفاء (التئام) الجروح ببطء
- تلوثات (عدوى) متواترة، في: اللثة، الجلد، المهبل أو في المثانة البولية.

مرض السكري من النوع 1 قد يصيب الإنسان في أية مرحلة من العمر، لكنه يظهر، في الغالب، في سن الطفولة أو في سن المراهقة.

أما مرض السكري من النوع 2، فهو الأكثر شيوعا، يمكن أن يظهر في أي سن ويمكن الوقاية منه وتجنبه، غالبا.

أسباب وعوامل خطر مرض السكري :

عوامل مرض السكري من النوع الأول

في مرض السكري من النوع الأول، يهاجم الجهاز المناعي الخلايا المسؤولة عن إفراز الإنسولين في البنكرياس ويُتلفها، بدلا من مهاجمة وتدمير الجراثيم و/أو الفيروسات الضارة، كما يفعل في الحالات الطبيعية (السليمة) عادة.

نتيجة لذلك، يبقى الجسم مع كمية قليلة من الإنسولين، أو بدون إنسولين على الإطلاق. في هذه الحالة، يتجمع السكر ويتراكم في الدورة الدموية، بدلا من أن يتوزع على الخلايا المختلفة في الجسم.

ليس معروفا، حتى الآن، المسبب العيني الحقيقي لمرض السكري من النوع 1، لكن يبدو إن التاريخ العائلي يلعب، على الأرجح، دورا مهما.

خطر الإصابة بمرض السكري من النوع الأول يزداد لدى الأشخاص الذين يعاني أحد والديهم أو أخوتهم وأخواتهم من مرض السكري. وهنالك عوامل إضافية، أيضا، قد تكون مسببة لمرض السكري، مثل التعرض لأمراض فيروسية.

عوامل مرض السكري من النوع الثاني :

عند المصابين بـ "مقدمات السكري" التي قد تتفاقم وتتحول إلى السكري من النوع الثاني، تقاوم الخلايا تأثير عمل الإنسولين بينما يفشل البنكرياس في إنتاج كمية كافية من الإنسولين للتغلب على هذه المقاومة.

في هذه الحالات، يتجمع السكر ويتراكم في الدورة الدموية بدل أن يتوزع على الخلايا ويصل إليها في مختلف أعضاء الجسم.

والسبب المباشر لحدوث هذه الحالات لا يزال غير معروف، لكن يبدو أن الدهنيات الزائدة - وخاصة في البطن – وقلة النشاط البدني هي عوامل مهمة في حدوث ذلك.

لا يزال الباحثون يبحثون عن إجابة حقيقية ودقيقة على السؤال التالي: لماذا تصيب حالتا "مقدمات السكري" و السكري من النوع 2 أشخاصا محددين، بعينهم، دون غيرهم. ومع ذلك، هنالك عدة عوامل من الواضح أنها تزيد من خطر الإصابة بمرض السكري، من بينها:

- العمر: عمر أكبر أو يساوي 45
- الوزن: وزن زائد معرّف على أنه BMI أكبر أو يساوي 25.
- الوراثة: قريب عائلة من الدّرجة الأولى مريض بمرض السكري.
- العرق: فئات عرقية معيّنة والمعروف عن خطورة مرتفعة لديها للإصابة بمرض السكري.
- النشاط البدني: قلة النشاط البدني.
- فرط/ارتفاع ضغط الدّم: والمعرّف بواسطة قيم ضغط دم أعلى من 90/140 mmHg.
- فرط الكولسترول: والمقصود الضار LDL
- مستوى مرتفع من ثلاثي الغليسيريد في الدم: وهو احد أنواع الدهنيات الموجودة في الجسم. قيم أعلى من 250 mg/dL.
- متلازمة المبيض المتعدّد الكيسات.
- أمراض الاوعية الدموية: تاريخ شخصي للإصابة بهذه الأمراض.
- ولادة طفل ذو وزن كبير: تاريخ شخصي لدى النّساء يشمل ولادة طفل ذو وزن أعلى من 4.1 كغم (وزن الطفل فور الولادة).
- سكري الحمل: تاريخ شخصي لسكري الحمل.
- قيم الهيموجلوبين الجلوكوزيلاتي: HBA1C أكبر أو تساوي 5.7%.
- تحمل الجلوكوز: من لديهم نقص/ضعف في تحمّل الجلوكوز Impaired glucose tolerance
- قيم الجلوكوز: من لديهم تعلّل/مشكلة في قيم الجلوكوز (السكر) في فحص ما بعد الصيام impaired fasting glucose

عندما تظهر هذه العوامل – فرط ضغط الدم، فرط سكر الدم ودهنيات في الدم أعلى من المستوى الطبيعي - سوية مع السمنة (الوزن الزائد) تنشأ علاقة بينها، معا، وبين مقاومة الإنسولين.

عوامل مرض سكري الحمل :

خلال فترة الحمل، تنتج المشيمة هرمونات تساعد الحمل وتدعمه. هذه الهرمونات تجعل الخلايا أشدّ مقاومة للإنسولين.

في الثلثين الثاني والثالث من الحمل، تكبر المشيمة وتنتج كميات كبيرة من هذه الهرمونات التي تعسّر عمل الإنسولين وتجعله أكثر صعوبة.

في الحالات العادية الطبيعية، يُصدر البنكرياس ردة فعل على ذلك تتمثل في إنتاج كمية إضافية من الإنسولين للتغلب على تلك المقاومة.

لكن البنكرياس يعجز، أحيانا، عن مواكبة الوتيرة، مما يؤدي إلى وصول كمية قليلة جدا من السكر (الجلوكوز) إلى الخلايا، بينما تتجمع وتتراكم كمية كبيرة منه في الدورة الدموية. وهكذا يتكون السكري الحملي (السكري أثناء فترة الحمل).

قد تتعرض أية سيدة حامل للإصابة بمرض السكري الحملي، لكن ثمة نساء هن أكثر عرضة من غيرهن. أما عوامل خطر الاصابة بمرض السكري فتشمل:

- النساء فوق سن 25 عاما

- التاريخ العائلي أو الشخصي

- الوزن الزائد.

- مضاعفات مرض السكري :

- تختلف المضاعفات الناتجة عن مرض السكري تبعا لنوع السكري.

- مضاعفات السكري من النوعين الأول والثاني

- المضاعفات القصيرة المدى الناجمة عن السكري من النوعين الأول والثاني تتطلب المعالجة الفورية. فمثل هذه الحالات التي لا تتم معالجتها، فورا، قد تؤدي إلى حصول اختلاجات (Convulsions) وإلى غيبوبة (Coma).

- فرط السكر في الدم (Hyperglycemia)

- مستوى مرتفع من الكيتونات في البول (حُماض كيتونيّ سكريّ - Diabetic ketoacidosis)

- نقص السكر في الدم (Hypoglycemia).

أما المضاعفات طويلة المدى الناجمة عن السكري فهي تظهر بشكل تدريجي.

يزداد خطر ظهور المضاعفات كلما كانت الإصابة بالسكري في سن أصغر ولدى الأشخاص الذين لا يحرصون على موازنة مستوى السكر في الدم. وقد تؤدي مضاعفات السكري، في نهاية المطاف، إلى حصول إعاقات أو حتى إلى الموت.

- مرض قلبي وعائي (في القلب والأوعية الدموية)

- ضرر في الأعصاب (اعتلال عصبيّ - Neuropathy)

- ضرر في الكليتين (اعتلال الكلية - Nephropathy)

- ضرر في العينين

- ضرر في كفتي القدمين

- أمراض في الجلد وفي الفم

- مشاكل في العظام وفي المفاصل.

- مضاعفات السكري الحملي

غالبية النساء اللواتي تصبن بمرض السكري الحملي تلدن أطفالا أصحاء. ومع ذلك، فإذا كان السكري في دم المرأة الحامل غير متوازن ولم تتم مراقبته ومعالجته كما ينبغي، فإنه قد يسبب أضرارا لدى الأم والمولود، على السواء.

مضاعفات قد تحصل لدى المولود بسبب السكري الحملي:

- فرط النمو
- نقص السكر في الدم
- متلازمة الضائقة التنفسية (Respiratory distress syndrome)
- اليرقان (Jaundice)
- السكري من النوع الثاني في سن متقدم
- الموت
- مضاعفات قد تحصل لدى الأم بسبب السكري الحملي:
- مقدمات الارتعاج (pre - eclampsia)
- السكري الحملي في الحمل التالي أيضا

مضاعفات مقدمات السكري :

قد تتطور حالة مقدمات السكري وتتفاقم لتصبح مرض السكري من النوع الثاني.

تشخيص مرض السكري :

هنالك العديد من فحوصات الدم، التي يمكن بواسطتها تشخيص اعراض السكري النمط الأول أو - اعراض السكري النمط الثاني، من بينها:

- فحص عشوائي لمستوى السكري في الدم.

- فحص مستوى السكري في الدم أثناء الصيام.

إذا تم تشخيص إصابة شخص ما بـ أعراض مرض السكر، طبقا لنتائج الفحوص، فمن المحتمل أن يقرر الطبيب إجراء فحوصات إضافية من أجل تحديد نوع مرض السكري (السكري النوع الأول أم السكري النوع الثاني)، وذلك بهدف اختيار علاج السكري المناسب والناجع، علما بأن طرق العلاج تختلف من نوع السكري إلى آخر.

كما يمكن أن يوصي الطبيب، أيضا، بإجراء اخْتِبارُ الهيموغلوبينِ الغليكوزيلاتي (Hemoglobin A1C / Glycosylated hemoglobin test) وهو مايعتمد عليه اغلب الاطباء حاليا بالتشخيص حيث يعطي معدل السكر خلال اخر ثلاثة اشهر.

فحوصات لكشف مرض السكري الحملي :

اختبارات الكشف عن مرض السكري الحملي هي جزء لا يتجزأ من الفحوصات العادية، الروتينية، في فترة الحمل.

ينصح معظم المهنيين في المجال الطبي بالخضوع لفحص دم لمرض السكري يدعى "اختبار تحدي الجلوكوز" (Glucose Challenge Test). والذي يجرى أثناء الحمل، بين الأسبوع الرابع والعشرين والأسبوع الثامن والعشرين من الحمل، أو قبل ذلك لدى النساء الأكثر عرضة للإصابة بمرض السكري الحملي.

يبدأ "اختبار تحدي الجلوكوز" بشرب محلول شراب السكر. وبعد مرور ساعة على ذلك يجرى فحص دم لقياس مستوى (تركيز) السكري في الدم. إذا كان السكري في الدم أعلى من 140 ملغم/دل (mg/dl)، فهذا يدل عادة على وجود السكري الحملي. ولكن، في غالبية الحالات هنالك حاجة لتكرار الاختبار بغية تأكيد تشخيص السكري.

تحضيرا للفحص المُعاد (الإضافي)، ينبغي على الحامل التي تخضع للفحص أن تصوم طوال الليلة التي تسبق الفحص. وهنا، مرة أخرى، يتم شرب محلول حلو المذاق يحتوي هذه المرة على تركيز أعلى من الجلوكوز، ثم يتم قياس مستوى السكري في الدم كل ساعة، على مدى ثلاث ساعات.

فحوصات لكشف "مقدمات السكري"

توصي الكلية الأمريكية لعلم الغدد الصمّ (الجهاز الهرموني - Endocrinology)، عادة، بإجراء فحص الكشف عن "مقدمات السكري" لكل شخص لديه تاريخ عائلي من سكري النمط الثاني، للذين يعانون من فرط السمنة أو المصابين بالمتلازمة الأيضية (Metabolic syndrome). كما يحبذ أن تخضع لهذا الفحص، أيضا، النساء اللواتي أصبن في الماضي بمرض السكري الحملي.

وقد يوصي الطبيب بالخضوع لأحد الفحصين التاليين لتشخيص "مقدمات السكري":

- فحص السكري في الدم أثناء الصوم

- اختبار تحمّل الغلوكوز (Glucose tolerance test).

علاج مرض السكري

علاج مرض السكري من نوع 2

يختلف علاج السكري من شخص إلى آخر وذلك بحسب الفحوصات المخبريّة الشخصية التي يقوم بها كلّ مريض وقيم الجلوكوز (السكر) في الدم لديهم.

من الجدير بالذكر ووفقا لمضاعفات مرض السكري التي قمنا بعرضها سابقًا فإن خطورة الإصابة بأمراض وعائية مجهرية وأمراض وعائية ترى عيانًا (microvascular & macrovascular) هي عالية كلما كان تركيز السكر في الدّم أعلى على مدى فترات طويلة من المرض.

بالاضافة الى الأمراض الوعائية القلبية والتي تزداد أيضًا خطورتها كلما كان عمر المريض أكبر والمدة الزمنية لمرض السكري أكبر. لهذا علينا علاج هذه الفئة بشكل جدّي وموازنة قيم تركيز الجلوكوز (السكر) في الدم قدر المستطاع.

على العلاج في هذه الفئة من الأشخاص أن يحوي منع لحالات الهبوط الحاد في تركيز السكر في الدم (Hypoglycemia)، او الهبوط الحاد في الدورة الدموية (انخفاض حاد في ضغط الدم hypotension). وكذلك الانتباه الى الحالة الصحية الشاملة للمريض ومجمل الأدوية التي يعالج بها بحيث انه من الممكن أن يعاني المريض بالسكري من أكثر من مرض بالاضافة الى السكري.

نستطيع تقسيم علاج مرض السّكري إلى عدّة أقسام:

1- تغييرات في نمط الحياة

التغذية الصحيّة والملائمة لهذه الفئة من المرضى.

الرياضة البدنيّة الموصّى بها من قبل الأطباء المعالجين والتي تلاءَم لكل مريض بشكل خاص بحسب مجمل الأمراض التي يعاني منها والتي من الممكن أن تؤثر على القيام برياضة بدنيّة بشكل منتظم وسليم كأمراض القلب، والأعاقات الجسدية وغيرها من الأمراض.

تخفيض الوزن وال BMI والذي من شأنه أن يساعد الجسم في التخفيف من مقاومة الانسولين والتي تسبب مرض السّكري.

2- العلاج بواسطة الأدوية المتناولة بشكل فموي

الميتفورمين (Metformin): وهو يعتبر خط علاج أولي خاصة للأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة. يعمل هذا الدواء بواسطة كبت/منع انتاج الجلوكوز في الكبد مما يؤدّي إلى تخفيض تركيز الجلوكوز في الدّم. من التأثيرات الجانبية المعروفة لهذا الدّواء هو الأنخفاض في الوزن وتأثيرات على الجهاز الهضمي. الأشخاص الذين يعانون من أمراض الفشل الكلوي المزمن من الممكن أن يكون هذا النوع من الدواء غير ملائم لا بل ومضر كذلك.

السولفانيل-أوريا (Sulfonylurea): وهو من الأدوية التي تساعد على افراز الانسولين في الجسم بواسطة تغييرات في الشحنة الكهربائية لغشاء الخلايا التي تفرز الانسولين. من التأثيرات الجانبية المعروفة والشائعة لهذه الأدوية هو كسب الوزن الزائد والهبوط الحاد في تركيز الجلوكوز (السكر) في الدّم (Hypoglycemia). الأشخاص المسنين والمعرّضين لحالات متكررة من الهبوط الحاد

في تركيز الجلوكوز (السكر) في الدّم (Hypoglycemia) عليهم توخي الحذر من تناول هذه الأدوية والتي من الممكن أن تكون غير ملائمة لهم.

الثيازوليدينيديونز (thiazolidinediones): هذا النوع من الأدوية يقوم بتحسين مقاومة الإنسولين في الجسم، وكذلك من الممكن أن يحث على افراز الانسولين.

ميجليتينيد (Meglitinides): هذه الأدوية تعمل بصورة مشابه لأدوية السولفانيل-أوريا. من التأثيرات الجانبية المعروفة لهذه الفئة من الأدوية هي كسب الوزن الزائد.

مثبّطات ألفا-جلوكوزيداز (Alpha-glucosidase inhibitors): تعمل هذه الأدوية بواسطة إبطاء امتصاص السكر في الجهاز الهضمي. من التأثيرات الجانبية المعروفة لهذه الفئة من الأدوية تطبّل البطن (الانتفاخ) والإسهال.

مثبّطات دي بي بي 4 (DPP-IV inhibitors): هذه الأدوية تساعد في عملية تنظيم تركيز الجلوكوز (السكر) في الجسم. بشكل عام هذه الأدوية ليست قويّة وليست ذات فعالية عالية لتخفيض الهيموجلوبين الجلوكوزيلاتي HBA1C بشكل ملحوظ كباقي الأدوية. من الجدير بالذكر ان هذه الأدوية لا تقوم بزيادة الوزن وكذلك ليست ذات خطورة عالية لحدوث هبوط حاد في تركيز الجلوكوز (السكر) في الجسم.

أدوية ال GLP-1: تعمل هذه الأدوية بواسطة دور البيبتيدات في الجهاز الهضمي على توازن تركيز الجلوكوز في الدم ومنها ال GLP-1. من التأثيرات الجانبية المعروفة لهذا الدّواء تخفيض الوزن، التقيّؤ، الغثيان والإسهال.

3- علاج السكري بواسطة الحقن

الانسولين: أصبح العلاج بواسطة الانسولين شائعًا أكثر في الفترة الأخيرة، رغم رفض العديد من المرضى تقبّل العلاج بواسطة حقن بشكل يومي. ينقسم علاج الأنسولين إلى نوعين:

العلاج بواسطة انسولين ذو فعالية طويلة الأمد (يوميّة) (long acting)، وهو عبارة عن حقن يومية توفر للجسم كمية الانسولين الأساسية (basal). وهو ما يهوّن على المريض قبول العلاج أكثر نظرًا لعدم الحاجة الى الحقن لأكثر من مرّة يوميًّا. من الممكن وصف هذا النوع من العلاج مع أدوية أخرى يتم تناولها بواسطة الفم لموازنة المرض بشكل أكثر نجاعة.

العلاج بواسطة انسولين ذو فعالية قصيرة الأمد (short acting)، وهو الانسولين الذي يؤخذ مباشرة بعد تناول الوجبات اليوميّة وعادة ما يتم ملاءمة كمية الأكل لكمية الأنسولين قصيرة الأمد المتناولة بعده.

البراملينيتيد (Pramlintide): بشكل عام يعطى بواسطة حقن مرافقة للانسولين.

4- مراقبة تركيز الجلوكوز (السكر) في الدم

تعتبر مراقبة تركيز الجلوكوز (السكر) في الدّم خاصة في ساعات الصّباح مهمّة وهي عادة ما تعطينا معلومات حول موازنة المرض لدى اولئك المرضى. كما وأن الأطباء عادة يهتمون بهذه التسجيلات كي يقرروا العلاج المناسب للمرضى والحاجة إلى إضافة أدوية أخرى لموازنة المرض بشكل أفضل.

بالاضافة للعلاج المباشر لتخفيض تركيز الجلوكوز في الدم هنالك علاج لا يقل أهميّة والذي يُعنى بتقليل خطورة الإصابة بالأمراض الوعائية القلبية، والذي يشتمل على:

الحد من التدخين قدر المستطاع. في بعض الأحيان هنالك دورات جماعية منظمة ينصح فيها الأطباء للمساعدة على الإقلاع على التدخين:

- علاج فرط ضغط الدم
- علاج فرط شحميات الدم
- العلاج بواسطة الأسبيرين

كما ذكرنا سابقًا العيش بشكل صحي وسليم من حيث الغذاء والرّياضة.

علاج السكري نوع 1

1- مراقبة وتسجيل قيم تركيز الجلوكوز (السكر في الجسم)

لقد اثبتت البحوثات أهمية مراقبة وتسجيل قيم الجلوكوز في الدم بشكل يومي ولأكثر من مرّة، ومدى مساعدتها في علاج هذه الفئة من المرضى بشكل أفضل، وكذلك لملاءمة جرعة الإنسولين المناسبة. نستطيع مراقبة وتسجيل قيم تركيز الجلوكوز في الجسم بطريقتين:

- القياس بواسطة عصا خاصة للأصبع (fingerstick) لقياس تركيز الجلوكوز بواسطة قطرة دم من الأصبع.
- أجهزة الكترونية متطورة تحت الجلد لقياس تركيز الجلوكوز بالجسم بشكل متعاقب وعلى مدار ساعات النهار (بحسب برنامج مبرمج مسبقًا من الجهة المعالجة).

2- حقن الانسولين

ونستطيع أن نقسم العلاج بواسطة الانسولين لهذه الفئة لقسمين:

العلاج بواسطة الأنسولين ذو فعالية طويلة الأمد (يوميّة)، وهو عبارة عن حقن يومي توفر للجسم كمية الانسولين الأساسية (basal). وهو ما يهوّن على المريض قبول العلاج أكثر نظرًا لعدم الحاجة الى الحقن لأكثر من مرّة يوميًا. من الممكن وصف هذا النوع من العلاج مع أدوية أخرى تتناول بواسطة الفم لموازنة المرض بشكل ناجع أكثر.

العلاج بواسطة الانسولين ذو فعالية قصيرة الأمد، وهو الانسولين الذي يؤخذ مباشرة بعد تناول الوجبات اليوميّة وعادة ما يتم ملاءمة كمية الأكل وتركيز الجلوكوز في الدم لكمية الأنسولين قصيرة الأمد المتناولة بعده.

علاج السكري الحَملي (Pregnancy diabetes)

بهدف المحافظة على صحة الجنين ومنع حصول مضاعفات خلال الولادة، يجب موازنة مستوى السكر في الدم. فبالإضافة إلى الحرص على التغذية الصحية وممارسة الرياضة، من الممكن أن يشمل علاج السكري، أيضا، متابعة مستوى السكر في الدم، بل واستعمال الإنسولين في بعض الحالات.

يتولى الطاقم الطبي المعالج متابعة مستوى السكر في الدم، بما في ذلك أثناء عملية الولادة. لأنه إذا ما ارتفع مستوى السكر في دم المرأة الحامل، فقد يُفرز جسم الجنين هُرمون الإنسولين بتركيز عالٍ، مما سيؤدي إلى هبوط مستوى السكر في الدم بعد الولادة، مباشرة.

علاج مقدمات السكري (Prediabetes)

يستطيع العديد من المصابين بمقدمات السكري، من خلال المحافظة على نمط حياة صحي، إعادة مستوى السكر في الدم إلى مستواه الطبيعي (السليم) أو على الأقل، منع ارتفاعه إلى مستويات مماثلة لتلك التي يتم تسجيلها لدى مرضى السكري من النوع الثاني. وقد يكون من المفيد، أيضا، الحفاظ على وزن صحي، بواسطة ممارسة الرياضة واتباع نظام غذائي صحي.

قد تشكل الأدوية، بعض الأحيان، بديلا علاجيا مناسبا وناجعا لمرض وعلاج السكري، بالنسبة لأشخاص في إحدى المجموعات المعرضة للخطر. وتشمل هذه: الحالات التي يتفاقم فيها مرض "مقدمات السكري"، أو التي يعاني فيها مريض السكري من مرض آخر، سواء كان مرضا قلبيا وعائيا (Cardiovascular disease)، مرض الكبد الدهني (FLD - Fatty liver disease) أو متلازمة المبيض المتعدد الكيسات (Polycystic ovary syndrome).

الأدوية المقصودة هنا هي أدوية علاج السكري يتم تناولها فمويا، مثل: ميتفورمين (Metformin).

في حالات أخرى، ثمة حاجة إلى أدوية لموازنة مستوى الكولسترول في الدم - وخاصة من فئة الستاتينات (Statins) وأدوية لمعالجة فرط ضغط الدم. ومن المحتمل أن يصف الطبيب جرعة منخفضة من الأسبيرين (Aspirin) كإجراء للوقاية من المرض. ومع ذلك، يبقى نمط الحياة الصحي هو مفتاح النجاح.

الوقاية من مرض السكري :

لا يمكن منع الإصابة بالسكري من النوع الأول. لكن نمط الحياة الصحي الذي يساهم في معالجة مرحلة وأعراض ما قبل السكري، السكري من النوع الثاني والسكري الحملي يمكن أن يساهم أيضا في الوقاية منها ومنعها.

الحرص على تغذية صحية وزيادة النشاط البدني والتخلص من الوزن الزائد.

يمكن، في بعض الأحيان، استعمال الأدوية. فأدوية علاج السكري التي يتم تناولها فمويا، مثل: ميتفورمين (metformin) وروزيجليتزون (rosiglitazone) يمكن أن تقلل من خطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني. ولكن، يبقى الحفاظ على نمط حياة صحي على درجة عالية جدا من الأهمية.

26. إنتفاخ الرئة (Emphysema) :

إن النفاخ او نُفاخ الرئتين (Emphysema of lungs) هو اعتلال يتّسم بفرط انتفاخ التجويفات الهوائية في الرئتين والتي تعرف بالـ "أسْناخ" (Alveoli)؛ والأسناخ هي الأماكن التي يتم فيها تبادل الأكسجين بثاني أكسيد الكربون من الدم. توجد للأسناخ جدران دقيقة للغاية وتتضرر بسهولة؛ عند تضرر الأسناخ فهذا الضرر غير قابل للإصلاح، وبالتالي يؤدي إلى ثقب أنسجة الرئة.

ينشأ فرط الانتفاخ في الرئتين من تلف جدران الأسناخ، ويؤدي إلى هبوط في نشاط الرئتين، وبالتالي إلى ضيق في التنفس. يُفقِدُ فرط الانتفاخ الرئتين مرونتهما ويحد من مقدرتهما على الانبساط والانقباض بشكل كامل. لا تتفرغ الأسناخ من الهواء في هذه الحالة بشكل تام، مما يحد من حيّز الهواء النقي الذي بمقدور الأسناخ استيعابه، وبالتالي يحد من التهوئة السليمة للرئتين. يُحدث فرط الانتفاخ خلل في ميكانيكية عملية التنفس. يستطيع المصاب بهذه الحالة أن يتنفس، إلا أنه يتنفس بصعوبة وبشكل غير ناجع.

يوجد اختلاف واسع بدرجة جدية (صعوبة) الإصابة. فبعض المصابين لا يعانون من أي نوع من القصور ولا تؤثر الحالة على قدرتهم الصحية، باستثناء الشعور بانعدام بسيط للراحة, بالمقابل لدى بعض المرضى الذين يعانون من الإصابة بالحالات الصعبة، قد تصل إلى حد العجز عن التنفس وقصور (فشل) تنفسي (respiratory failure/ respiratory insufficiency).

ينتمي النّفاخ لمجموعة من الأمراض الرِّئَوِيُّة المُسِدُّة المُزْمِنة (COPD). توجد بعض المسببات البيئية التي تلعب دورًا في زيادة الخطورة للإصابة بهذه الأمراض, إلا أن التدخين يعد أهم هذه العوامل، وتفوق خطورته جميع المسببات بشكل كبير. يعد هذا السبب الأول في تشجيع المدخنين للتوقف عن التدخين. إن من الضروري تقديم الشرح والتوعية للشبيبة خاصةً عن مضارّ التدخين، ونصحهم بالتغييرات السلوكية لتجنب الإصابة بهذه الأمراض.

انتشرت الأمراض الرِّئَوِيُّة المُسِدُّة المُزْمِنة (خاصةً النُّفاخ والتهاب القُصَيْبات المزمنة - chronic bronchitis) بشكل كبير في النصف الثاني من القرن الماضي, وتشكّل عامل خطورة للأمْراض والوفاة بنسب كبيرة. يعود السبب إلى أن التدخين يعد عاملاً رئيسيًّا في ظهور أمراض الرئة المزمنة وفي تفاقمها, لذا بالإمكان منع حدوث هذا المرض.

يُسبِّب دخان التبغ وملوثات الهواء المختلفة، إطلاق مواد كيميائية في الأسناخ، ما يعمل على إحداث الضرر لجدرانها. يعود السبب للنّفاخ في قلة من الحالات (3% - 5%) إلى وجود نقص وراثي لنوع من الزَّلاليات الحافظة والتي تعمل على إبطاء البروتياز (protease) (يعمل على تفكيك الزَّلال) والذي يدعى ألفا -1 أنتي أسبرين (Alpha 1 - Antitrypsin - AAT)، يجب التأكيد أنه لدى الأشخاص المعافين يعمل AAT على الحفاظ على الرئتين، مما يعرف بإيلاستاز النايتروفيل (leukocyte elastase)، والذي يساعد في محاربة البكتيريا وتنظيف أنسجة الرئتين الميتة. إن انعدام توازن عمليات الإليستاز بواسطة ال AAT قد يسبب في نهاية المطاف الضرر لأنسجة الرئة.

تشمل المضاعفات أو الأعراض الجانبية للتلوثات المتكررة في قنوات التنفس, فرط ارتفاع ضغط الدم في الرئتين, فشلاً تنفسيًّا حادًّا ومزمنًا (chronic respiratory failure), فشلاً قلبيًّا - رئويًّا مزمنًا (تضخم الجزء الأيمن للقلب مع ظهور علامات الضغط ونقص في التروية), تكاثر كريات الدم الحمراء (polycythemia), وزيادة لزوجة الدم (blood viscosity), فقاعات كبيرة جدًّا,

قد تملأ ثلث وحتى نصف حجم الصدر, حدوث اسْتِرواح للصدر (Pneumothorax) نتيجة لتمزق في الفقاعات, وقد يسبب الوفاة.

أعراض النفاخ :

إن من أعراض النفاخ ، ضيقًا في التنفس في وضع الراحة، أو عند القيام بجهد بدني، يتطور ضيق التنفس بشكل بطيء. يدور الحديث عادة هنا عن المرضى الذين يدخنون ما يزيد عن علبة سجائر واحدة في اليوم، لفترة زمنية تمتد لأكثر من 25 عامًا. يتوجب التوجه للطبيب المختص قبل تفاقم هذه العلامات المرضية. قد تشتمل علامات التنبيه لنشوء النفاخ الرئوي على: السعال، الإحساس بنقص الهواء، طرح الكثير من البلغم وحدوث الرشح في فترات متقاربة في فصل الشتاء.

وقد تشتمل العلامات المتقدمة لظهور المرض على ضيق النفس، السعال المزمن، الزُّراق (Cyanosis) نتيجة لنقص الأكسجين، ضيق النفس والتصفير عند القيام بجهد بسيط. قد تظهر علامات أعراض إضافية كالدُّوار، القلق عند الذهاب للنوم، الإحساس بالإجهاد، العَنانة (impotence)، التعب، اضطراب في التركيز، فرط الاستغراق في النوم أثناء النهار، الصعوبة في الخلود للنوم أو صعوبة في الاستغراق في النوم وفقدان الوزن بشكل غير مرغوب.

مضاعفات النفاخ :

تشتمل المضاعفات أو الأعراض الجانبية للتلوثات المتكررة في قنوات التنفس على، فرط ارتفاع ضغط الدم في الرئتين، فشل تنفسي حاد أو مزمن، فشل قلبي - رئوي مزمن (تضخم الجزء الأيمن للقلب مع ظهور علامات الضغط ونقص في التروية)، تكاثر كريات الدم الحمراء (polycythaemia)، وزيادة لزوجة الدم (blood viscosity)، فقاعات كبيرة جدًّا، قد تملأ ثلث وحتى نصف حجم الصدر، اسْتِرواح الصدر (Pneumothorax) نتيجة لتمزق في الفقاعات، وقد يسبب الموت.

تشخيص النفاخ :

يرتكز التشخيص على نشوء المرض, على نتائج المعاينة الجسدية (الشهيق بشفتين متقوستين مع الاستعانة بعضلة مساعدة للتنفس, ضمور في الأنسجة العضلية، خاصة في محيط حزام الأكتاف, صدر برميلي (Barrel chest), سماع أصوات بعيدة للقلب والرئتين بالإضافة إلى الصفير), يمكن عند القيام بفحص لنشاط الرئتين، ملاحظة اضطراب ثابت بسبب الانسداد مع علامات النّفاخ المفرط. يتم أيضًا الاستعانة بفحص الغازات في الدم الشرياني (Arterial Blood Gas - ABG) وكذلك الاستعانة بتصوير الصدر (عندها قد تظهر علامات شُعاعية مع فرط الانتفاخ ونخر لنسيج الرئة).

علاج النفاخ :

إن علاج النفاخ جراء الضرر الذي يلحق بالرئتين، عادة ما يكون غير قابل للإصلاح، كما لا يتوفر العلاج للأمراض الرِّئَوِيُّة المُسِدُّة المُزْمِنة. يعد إيقاف التدخين أكثر الأساليب نجاعةً في تجنب الإصابة بهذا المرض، ليتم تدارك التلف في الرئة.

بينما يكون العلاج موجهًا لتخفيف الأعراض المرضية وإبطاء تقدم المرض، ومنع حدوث تفاقم للحالة المرضية. يهدف العلاج أيضًا إلى خفض الحاجة للتوجه لتلقي العلاج في المستشفى بشكل متكرر ولتحسين جودة حياة المصابين بالمرض.

تتوفر العقاقير التي تعمل على توسيع القصيبات الهوائية، المضادات الحيوية والإستيرويدات عند تفاقم المرض، التطعيم السنوي ضد الأنفلونزا، التطعيم ضد التهابات الرئة (التي تنشأ بواسطة عدد من فصائل البكتيريا من نوع العِقْدِيّة الرِّئوية (Streptococcus pneumonia). لا يتوفر تطعيم مضاد لكافة العوامل المسببة لالتهاب الرئتين)، إضافة لتزويد الأكسجين عند الحاجة، والقيام بالعلاج الطبيعي لإخراج البلغم (عندما تكون الإصابة بالنُّفاخ الرئوي مع التهاب القصبات - التهاب الشعب الهوائية - Bronchitis)، استخدام الأدوية المُقْشِعَة (طاردات البلغم) (Expectorants)، تأهيل علاجي تنفُّسي، التمارين اليومية لتقوية العضلات التي تنشط عند التنفّس، ولتحسين الوضع الصحي العام بجانب تحسين قدرة التحمل عند القيام بمجهود، اِتباع حمية غذائية سليمة، والدعم التنفسي (تنفس عن طريق الأنف بضغط إيجابي - Continuous positive airway pressure CPAP -) إجراء الجراحة للتقليل من انتفاخ الرئة (إجراء عملية لاستئصال أكثر الأجزاء تضررًا في الرئة) لتمكين الجزء المتبقي من الرئة وعضلات التنفس من العمل بصورة أفضل (هنالك محاولة محدودة في القيام بمثل هذا الإجراء)؛ بالإضافة إلى أنه بالإمكان إجراء عملية لزراعة رئة، العلاج البديل بواسطة AAT في حال كان المرض على خلفية وراثية؛ ويكون العلاج عند حدوث مضاعفات جراء المرض متلائمًا مع نوع هذه المضاعفات.

27. اضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder) :

الاضطراب ثنائي القطب، الذي كان يُعرف في السابق باسم الاكتئاب الهوسي، عبارة عن حالة صحية عقلية تتسبب في تقلبات مزاجية مفرطة تتضمن الارتفاعات (الهوس أو الهوس الخفيف) والانخفاضات (الاكتئاب) العاطفية.

عندما تصاب بالاكتئاب، ربما تشعر بالحزن أو اليأس وفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بمعظم الأنشطة. عند تحول حالتك المزاجية إلى الهوس أو الهوس الخفيف (الأقل حدة من الهوس)، ربما تشعر بالابتهاج، أو الامتلاء بالطاقة أو سرعة الغضب على نحو غير معتاد. من الممكن أن تؤثر التقلبات المزاجية المذكورة على النوم، والطاقة، والنشاط، والقدرة على اتخاذ القرارات، والسلوك والقدرة على التفكير بوضوح.

ربما تحدث مجموعة من التقلبات المزاجية بصورة نادرة أو عدة مرات في العام. في حين سيعاني معظم الأفراد بعض الأعراض الانفعالية بين المجموعات، إلا أن بعضهم قد لا يعاني أيًا منها.

بالرغم من أن الاضطراب ثنائي القطب يمثل حالة مزمنة مدى الحياة، فإنه يمكنك السيطرة على التقلبات المزاجية وغيرها من الأعراض من خلال اتباع إحدى الخطط العلاجية. في معظم الحالات، يتم علاج الاضطراب ثنائي القطب بالأدوية والاستشارات النفسية (العلاج النفسي).

الأعراض :

ثمة عدة أنواع من الاضطرابات ثنائية القطب وما يرتبط بها من اضطرابات. وقد تشمل الإصابة بالهوس أو الهوس الخفيف والاكتئاب. يمكن أن تتسبب الأعراض في تغيرات غير متوقعة في الحالة المزاجية والسلوك، مما يؤدي إلى الشعور بالضيق الشديد وصعوبة في الحياة.

اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول. أن تكون أُصبت بنوبة هوس واحدة على الأقل قد تسبقها أو تليها نوبات الهوس الخفيف أو نوبات اكتئاب عظمى. في بعض الحالات، قد تؤدي الإصابة بالهوس إلى الانفصال عن الواقع (الذهان).

اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني. أن تكون قد أُصبت بنوبة اكتئاب عظمى واحدة على الأقل ونوبة هوس خفيف واحدة على الأقل، ولكنك لم تصب مُطلقًا بنوبة هوس.

اضطراب دوروية المزاج. أن تكون قد عانيت نوبات عديدة من أعراض الهوس الخفيف على مدار عامين على الأقل — أو عام واحد عند الأطفال والمراهقين — أو نوبات من أعراض الاكتئاب (إلا أنه يكون أقل شدة من الاكتئاب الشديد).

أنواع أخرى. تشمل هذه الأنواع، على سبيل المثال، الاضطرابات ثنائية القطب وما يرتبط بها من اضطرابات ناجمة عن تعاطي بعض المخدرات أو تناول الكحول أو جراء الإصابة بحالة طبية، مثل مرض كوشينج أو التصلب المتعدد أو السكتة الدماغية.

لا يعتبر اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني شكلاً أخف من اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول، ولكن تشخيصه منفصل. في حين أنه يمكن لنوبات الهوس من الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول أن تكون حادة وخطيرة، يمكن أن يصاب الأفراد الذين يعانون اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني بالاكتئاب لفترات أطول، مما يمكن أن يسفر عن الإصابة بإعاقة كبيرة.

على الرغم من أن الاضطراب ثنائي القطب يمكن أن يحدث في أي عمر، فهو عادة ما يتم تشخيصه في أثناء سنوات المراهقة أو أوائل العشرينيات. قد تختلف الأعراض من شخص لآخر، وقد تختلف بمرور الوقت.

الهوس والهوس الخفيف

الهوس والهوس الخفيف هما نوعان مختلفان من النوبات، ولكن لهما نفس الأعراض. الهوس أشدّ من الهوس الخفيف ويسبب مشاكل أكثر وضوحًا في العمل والمدرسة والأنشطة الاجتماعية، فضلاً عن صعوبات في العلاقات مع الغير. الهوس قد يؤدي أيضًا إلى الانفصال عن الواقع (الذهان) ويتطلب دخول المستشفى للعلاج.

وتشمل نوبات الهوس والهوس الخفيف ثلاثة أو أكثر من هذه الأعراض، وهي:

- متفائل، أو وثّاب أو مثير بشكل غير طبيعي
- زيادة النشاط، والطاقة أو الإثارة
- الشعور المبالغ فيه بالرفاه والثقة بالنفس (النشوة)
- انخفاض الحاجة إلى النوم
- ثرثرة غير عادية
- تسارع الأفكار
- التشتت
- سوء اتخاذ القرار — على سبيل المثال، الإسراف في الشراء بشكل مستمر، التعرض للمخاطر الجنسية أو القيام باستثمارات حمقاء
- نوبة الاكتئاب الحاد

تتضمن نوبة الاكتئاب الحاد أعراضًا بالغة الشدة بحيث تسبب صعوبة ملحوظة في أداء الأنشطة اليومية، مثل العمل أو المدرسة أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات. تتضمن النوبة خمسة أعراض مما يلي أو أكثر:

- حالة مزاج مكتئب، مثل الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس أو الرغبة في البكاء (يمكن أن يظهر المزاج المكتئب لدى الأطفال والمراهقين على هيئة الحساسية للتهيج)

- فقدان ملحوظ في الاهتمام أو الشعور بعدم السعادة بجميع — أو ربما معظم — الأنشطة

- فقدان كبير في الوزن عند عدم اتّباع نظامٍ غذائي جيد، أو الزيادة في الوزن، أو انخفاض الشّهية أو ارتفاعها (ربما تعدّ عدم زيادة الوزن لدى الأطفال بالصورة المتوقعة علامةً للاكتئاب)

- إما كثرة الأرق وإما كثرة النوم

- إما الضجر وإما بطء السلوك

- الإعياء أو فقدان الطاقة

- الشعور بانعدام القيمة أو الذنب الشديد أو غير الملائم

- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردّد

- التفكير في الانتحار أو التخطيط له

الأعراض لدى الأطفال والمراهقين :

يمكن أن يكون من الصعب التعرف على أعراض الاضطراب ثنائي القطب في الأطفال والمراهقين. ويكون من الصعب غالبًا التحقق إن كانت تلك تقلبات طبيعية، أو نتائج للإجهاد أو الرضح، أو علامات على مشكلة بالصحة العقلية بخلاف الاضطراب ثنائي القطب.

قد يصاب الأطفال والمراهقون بنوبات اكتئاب كبرى أو نوبات هوس أو هوس خفيف واضحة، ولكن يمكن أن يتباين النمط عن تلك التي تصيب البالغين الذين يعانون الاضطراب ثنائي القطب. ويمكن للأمزجة أن تتبدل سريعًا خلال النوبات. قد يمر بعض الأطفال بفترات دون أعراض مزاجية بين النوبات.

قد تتضمن العلامات الأكثر بروزًا للاضطراب ثنائي القطب في الأطفال والمراهقين التقلبات المزاجية الشديدة المختلفة عن تقلباتهم المزاجية المعتادة.

الأسباب :

يعتبر السبب الدقيق للاضطراب ثنائي القطب مجهولاً، ولكن قد تتضمن بعض العوامل ما يلي:

الاختلافات البيولوجية. يبدو أن للأشخاص المصابين بالاضطراب ثنائي القطب تغيرات عضوية في الدماغ. لا تزال أهمية هذه التغيرات غير مؤكدة ولكنها قد تساعد في النهاية في تحديد الأسباب.

العوامل الوراثية. يعتبر الاضطراب ثنائي القطب أكثر شيوعًا لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون بهذا المرض مثل الأشقاء أو الوالدين. ويحاول الباحثون العثور على الجينات التي قد تسبب الاضطراب ثنائي القطب.

28. مرض السكري النمط الأول (Type 1 Diabetes) :

داء السكري النمط الأول هو مرض مزمن يؤدي لارتفاع مستويات السكر في الدم بسبب قلة إنتاج مادة الأنسولين. الجلوكوز هو السكر الطبيعي الذي يستخدمه الجسم كمصدر للطاقة.

وقد تم الشرح عنه مع مرض السكري رقم 25 الذي تم كتابته ويمكن الاطلاع على تفاصيله في المرض 25 في كتابنا هذا .

29. إدمان الكحول (Alcoholism) :

على الرغم من أن ديننا الحنيف يحرم شرب الكحول لحكمة ما، الا انه يجب أن نكون على علم ببعض الحقائق حول الكحول وتأثيرها على الجسم! وان كانت تملك أي فوائد أو أضرار عليه؟ فحتى الان لا يزال هناك جدل واسع في العالم الغربي حول ما اذا كانت فوائد شرب الكحول تفوق المخاطر المرتبطة به.

ومع ذلك، ما هو واضح، هو أن المخاطر من كثرة شرب الكحول، تلغي تماما أي أثر إيجابي يمكن أن يكون للكحول.

في المقابل من المهم أن نعرف أن شرب الكحول بشكل معتدل يعرف في العالم الغربي بوجبتين للرجل ووجبة واحدة للمرأة. في حين أن وجبة الكحول تحتوي على حوالي 15 غراما من الكحول (الإيثانول) النقي.

كمية الكحول التي تدخل الجسم :

لمعرفة كميات الكحول التي تدخل الجسم، اليكم عدد من المعطيات حول المشروبات الكحولية:

- البيرة (350 مل) تحتوي على 13 غراما من الكحول و150 سعرة حرارية.

- وجبة الجن/ الرم / الفودكا / الويسكي / البراندي (40 مل) تحتوي على 15 غراما من الكحول و 100 سعرة حرارية.

- كوب من النبيذ الحلو (140 مل) يحتوي على 15 غراما من الكحول و 220 سعرة حرارية.

- كوب من النبيذ الجاف (140 مل) يحتوي على 15 غراما من الكحول، و 120 سعرة حرارية.

- كأس مارتيني (80 مل) يوجد 27 غراما من الكحول و190 سعرة حرارية.

اضرار الكحول بشكل عام :

يجب على من يشربون الكحول أخذ العوامل التالية بعين الاعتبار، فعلى الرغم من أن استهلاك الكحول قد يعطي عددا من الفوائد الصحية، مثل المساعدة في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية، الوقاية من السكتة الدماغية، الحد من خطر تطور الحصوات المرارية والمساعدة في منع تطور الزهايمر وبالطبع الاسترخاء.

ومع ذلك، فإن استهلاك الكحول على المدى القصير، يمكن أن يؤدي إلى العديد من المشاكل، مثل:

- الغثيان
- تضرر التناسق وقدرة رد الفعل
- عدم وضوح الرؤية
- ثقل اللسان
- التقيؤ
- الصداع
- فقدان الوعي.

أما على المدى الطويل، قد يؤدي الإفراط في استهلاك الكحول الى مشاكل صحية، مثل:

- اضطرابات في الجهاز الهضمي

- زيادة خطر حدوث التهاب البنكرياس والقرحة

- أضرارا بالغة للكبد

- نزول الوزن

- ضرر للدماغ والجهاز العصبي

- تفكير مشوش وفقدان الذاكرة

- تضرر الأداء الهرموني

- زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية

- زيادة خطر الإصابة بالسرطان في الجهاز الهضمي، البلعوم، المريء، الكبد وكذلك سرطان الثدي لدى النساء.

على المستوى الحسي، الإفراط في شرب الكحول يزيد من: القلق، الغضب والاكتئاب، وكذلك يؤثر سلبا على الأداء الاجتماعي في الأسرة أو في العمل.

أضرار الكحول على الدماغ :

في دراسة أجريت في كلية وليسلي على 1800 ممن يشربون الكحول ومن لا يشربون الكحول تم فحص حجم الدماغ لديهم. فقد وجد أن في الأشخاص الذين يستهلكون 14 أو أكثر من المشروبات الكحولية في الأسبوع، فان متوسط حجم الدماغ يقل بنسبة 1.6٪ عن الأشخاص الذين لا يستهلكون الكحول، وحجم أدمغة الإناث يميل الى التقلص أكثر.

وقد أظهرت دراسات سابقة أن الأشخاص الذين يشربون الكحول باعتدال يكون حجم المخ لديهم أصغر، وأن النساء المدمنات على شرب المشروبات الكحولية يفقدن من كتلة الدماغ بوتيرة مضاعفة عن تلك التي لدى الرجال المدمنين على الكحول. وبصفة عامة، فإن حجم الدماغ يرتبط بالقدرة على التحليل.

استهلاك الكحول من قبل الاباء والأمهات يعيق تطور أدمغة أطفال المدمنين على الكحول. فقد وجد أن الأشخاص المدمنين على الكحول الذين يكون لديهم تاريخ عائلي من الإدمان على الكحول أو كثرة الشرب، يكون حجم الدماغ لديهم أصغر بالمقارنة مع الأشخاص المدمنين على الكحول ولكن من دون تاريخ عائلي يشمل مشاكل الكحول.

هذه الحقيقة تشير إلى أن الضرر للدماغ الناجم عن الكحول يمكن أن يحدث ليس فقط نتيجة الإفراط في شرب الكحول، وانما أيضا بسبب عوامل وراثية وبيئية.

فقد استخدم الباحثون التصوير بالرنين المغناطيسي- MRI لقياس حجم المخ. ووجد الباحثون أن حجم الـ intercranial المتوسط لدى المدمنين على الكحول الذين كان أهلهم مدمنين أيضا على الكحول أصغر بأربعة في المئة من ذلك الذي لدى المدمنين على الكحول الذين كان أهلهم غير مدمنين على شرب الكحول.

تعافي الدماغ من أضرار الكحول :

الاستهلاك المفرط للكحول قد يقلل من حجم الدماغ ويضر بالذاكرة، التعلم والمهارات التنظيمية. على الرغم من أن الدماغ يمكنه استرداد معظم قدراته، إن لم يكن كلها، مع التوقف عن شرب الكحول.

في الدراسات التي أجريت بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي والاختبارات الإدراكية لدى الأشخاص الذين يعانون من إدمان الكحول، والذين منعوا عن شرب الكحول لمدة شهرين، وجد أن حجم دماغهم زاد في المتوسط بنسبة 1.85٪، وأن فعالية الاتصالات الخلوية في أدمغتهم زادت بنسبة 20٪.

كما أظهرت أيضا الاختبارات المعرفية تحسن. حدثت تغييرات فقط في مجموعة المدمنين على الكحول، وليس في مجموعة الأصحاء، الذين طلب منهم الامتناع عن شرب الكحول خلال هذه الفترة.

الكحول ودماغ المرأة :

في دراسة أجريت في روسيا، تم فحص وظائف الدماغ لـ 102 شخص في سن 18-40، لـ 78 رجل مدمن على الكحول و- 24 امرأة مدمنة على شرب الكحول، المجموعة الضابطة شملت 68 امرأة ورجل غير مدمنين على شرب الكحول.

في الاختبارات التي كانت تتطلب الذاكرة البصرية النشطة (visual working memory)، المرونة الإدراكية، التخطيط المكاني وحل المشاكل، فان النساء كن أقل نجاحا من الرجال، حتى عندما شرب الرجال لفترة أطول بكثير من النساء.

وأشارت الباحثة الرئيسية أن كلا الجنسين يتعرضون لنفس الاثار السلبية التي تنجم عن شرب الكحول، ولكن النساء يتأثرن باثار الكحول بسرعة أكبر من الرجال.

اضرار الكحول على الكبد :

الكبد هو أحد أهم الاعضاء في جسم الانسان وأكثرها تعقيداً، وهو المسؤول عن تصفية السموم من الدم، والمساعدة في هضم الطعام، وتنظيم مستويات الكولسترول، وتنظيم السكر في الدم ، كما ويساعد على مكافحة العدوى والأمراض.

ما يجدر الاشارة اليه الى أن خلايا الكبد غير قادرة على تجديد نفسها، ويحتاج الى فترات طويلة لتطوير خلايا جديدة، وفي كل مرة تعمل فيها خلايا الكبد على ترشيح الكحول، يتم موت عدد منها. واساءة استخدام الكحول ولفترة طويلة، قد يؤدي الى أضرار جسيمة في الكبد، والتقليل من قدرة خلاياه على التجدد.

ان الاستهلاك الزائد للكحول مرتبط بزيادة فرص الاصابة بأمراض الكبد وتلفه والعديد من المخاطر الصحية.

الجدير بالذكر أن مشاكل الكبد الناتجة عن استهلاك الكحول، عادة لا تظهر أعراضها في المراحل الاولى، الا بعد تضرر الكبد بشدة، ويمكن ان تشمل الاعراض في المراحل المتقدمة ما يلي:

- الارهاق، والوهن
- فقدان الوزن
- فقدان الشهية
- اصفرار العينين والجلد (اليرقان)
- تورم في الكاحلين والبطن
- الارتباك أو النعاس
- تقيء الدم أو ظهور الدم في البراز

وهذا يعني أن أمراض الكبد المرتبطة بالكحول كثيرا ما تشخص خلال اختبارات لمشاكل صحية أخرى، ودون قصد.

مراحل الإصابة بأمراض الكبد :

يوجد ثلاثة مراحل رئيسية للاصابة بأمراض الكبد المرتبطة باستهلاك الكحول، والتي من المهم التعريف بها هنا:

1- مرض الكبد الدهني الكحولي:

شرب كمية كبيرة من الكحول، حتى لو لبضع أيام، يمكن أن يؤدي الى تراكم الدهون في الكبد. وبمجرد التوقف عن شرب الكحول لمدة أسبوعين، تعود الكبد إلى وضعها الطبيعي.

2- التهاب الكبد الكحولي:

وهو المرحلة الثانية، ويختلف عن أي التهاب معدي اخر، ويحدث نتيجة اساءة شرب الكحول ولفترة طويلة، أو شرب كميات كبيرة في فترة قصيرة.

اذ يتسبب ذلك بالتهاب أنسجة الكبد، ويمكن التقليل من تقدم المرحلة وعكسها اذا ما تم التوقف عن الشرب. والتهاب الكبد الكحولي الحاد قد يكون مهدد للحياة.

3- التليف الكبدي:

تليف الكبد هو المرحلة النهائية من أمراض الكبد المرتبطة بالكحول، والذي يحدث عندما يصبح الكبد شوه إلى حد كبير. تليف الكبد عموما لا يمكن عكسها، ولكن وقف شرب الكحول مباشرة يمكن أن يمنع مزيدا من الضرر وبشكل ملحوظ، وزيادة في متوسط العمر المتوقع.

بحسب ما ذكرته وزارة الصحة البريطانية NHS: "إذا كنت مصاب بتليف الكبد المرتبط بالكحول ولم تتوقف عن الشرب، لديك فرصة أقل من 50٪ من الاخرين ، لتعيش مدة خمس سنوات أخرى على الأقل".

أما عن عن مضاعفات أمراض الكبد المرتبطة بالكحول، فقد تشمل ما قد يهدد الحياة: النزيف الداخلي، تراكم السموم في الدماغ، تراكم السوائل في البطن (الاستسقاء)، مع الفشل الكلوي المصاحب لذلك، وسرطان الكبد.

كيف يتم علاج أمراض الكبد المرتبطة بالكحول؟

لا يوجد حاليا أي علاج طبي خاص لأمراض الكبد المرتبطة بتناول الكحول "ARLD". والعلاج الرئيسي هو وقف الشرب، و لبقية الحياة.

هذا سيقود الى منع الاصابة بالمزيد من الضرر للكبد، وفي بعض الحالات قد تقوم الكبد بإصلاح نفسها.

في الحالات الشديدة، التي يتوقف فيها عمل الكبد حتى بعد الامتناع تماما عن الكحول، قد تكون هناك حاجة لعملية زرع كبد.

اضرار الكحول على الشعر :

بعض العوامل قد تؤثر على تساقط الشعر لديك، مثل: الشيخوخة، سوء التغذية، واستهلاك الكحول، وذلك عن طريق تقصير عمر الشعرة وبالتالي تساقطها.

وتوجد عدة أسباب قد تجعل من تناول الكحول مهدد لصحة شعرك، وهي:

يؤثر الافراط في شرب الكحول على مستويات الزنك في الجسم، ومن المعروف أن نقص عنصر الزنك في الجسم يؤدي الى تساقط الشعر وضعفه.

يؤثر الافراط في شرب الكحول على مستويات هرمون الأستروجين، ويعمل على زيادتها، مما يؤدي الى تساقط الشعر.

يؤثر استهلاك الكحول على معدلات بعض العناصر الغذائية المهمة لصحة الشعر، مثل: فيتامينات B، وفيتامين C.

الاقلاع عن الكحول :

اذا كنت ممن يرغبون بالإقلاع عن تناول الكحول، قد لا يكون الموضوع بهذه البساطة، فقد تساعدك هذه النصائح البسيطة على التوقف:

وضع أهداف حقيقية، وتدوينها على ورقة، مع تذكير نفسك بالأسباب وراء ذلك، مثل أسباب صحية، أسباب اجتماعية، أسباب مادية.

ذكر دائماً نفسك بمخاطر الكحول على صحتك.

ابدء تدريجيا بترك الكحول خاصة في حالة كنت أحد المدمنين عليها. فقلل الكمية والحجم تدريجياً. واستعض بالنوعيات الاكل محتوى بالكحول.

من الضروري اشراك شخص مقرب لديك في مشكلتك، ليدعمك ويشجعك.

توجد مجموعات دعم خاصة قد تساعدك في ترك الكحول اذا ما كنت أحد المدمنين عليها، وقد يمكنك اللجوء اليها، اذا لم تكن متواجدة في بيئتك، فقد يكون بإمكانك ايجاد احداها عبر شبكة الانترنت. فانت عندما تتطلع على تجارب الاخرين وتشاركهم تجربتك ستستفيد وتفيد.

30. سرطان الخلايا الانتقالية (Transitional Cell Cancer) :

يتجمع البول في الحوض الكلوي و يطرح بواسطة الحالب وصولا إلى المثانة. عندما يتطور السرطان في الحوض الكلوي أو الحالب، فإنه يبدأ في الخلايا الانتقالية، التي تبطن هذه الأجهزة.

يعتبر سرطان المثانة (Bladder cancer) بمثابة الورم الرابع من حيث نسبة الانتشار لدى الرجال، والثامن لدى النساء. يتم سنويا، في الولايات المتحدة، تشخيص قرابة 50،000 حالة جديدة، يتوفى ما يقارب خمسهم، بسبب سرطان المثانة. لدى قرابة 80% من المرضى، يتم اكتشاف ورم سطحي لا يخترق عضلات المثانة، بينما لدى 20% يتم اكتشاف سرطان المثانة في مراحل متقدمة.

على الرغم من علاج سرطان المثانة ، يميل الورم السطحي إلى الرجوع (Recurrence)، بل يرجع، أحيانا، بعد مرور سنوات كثيرة، لم يظهر خلالها أي دليل لسرطان المثانة. إن التطور من مرض سطحي إلى مرض متقدم، يتعلق بمرحلة المرض ودرجة التمايُز (Differentiation). لدى 3% من المصابين بالمرض السطحي، يظهر الورم، لاحقًا، في نظام التوزيع (distributer system) العلوي (الحالب، والحُويضة - Ureter and renal pelvis)، وفي حالة مواجهة المرضى لخطر متزايد، تزداد النسبة حتى 38% خلال المتابعة طويلة الأمد.

أنواع الأورام:

إن مصدر معظم أورام المثانة (95%) في الدول المتطورة، هي من الظِهارَة (Epithelial) الإنتقالية (سرطانة الخلايا الإنتقالية - Transitional cell carcinoma)، وما تبقى هو من نوع خلايا الظِهارة الحرشفية (Squamous cell). وتكون نسبته أكبر في الحالات المتعلقة بحِكَّة (Itching) مزمنة في المثانة أو بسب طفيلي البلهارسيا (Schistosoma)، وفي حالات نادرة يكون الورم من نوع سرطان الغُديّ (Adenocarcinoma).

مراحل سرطان المثانة ودرجات خَباثته:

يتم تحديد مرحلة سرطان المثانة حسب درجة إختراق الورم لجدار المثانة.

Ta– ورم حُلَيمِيّ (Papillary) ينحصر في الظِهارَة ولا يخترق الصَفيحة المخصوصَة (lamina propria).

سَرَطانَةٌ لابِدَة (Carcinoma in situ) – ورم مسطح يَرشُح عبر الغشاء المخاطي ويكتنف مساحات واسعة يتواجد جزء منها تحت طبقة الغشاء المخاطي السليمة، ولذلك، غالبا ما لا يمكن اكتشافه واستئصاله بالكامل.

T1– ورم يخترق الصفيحة المخصوصَة ولكنه لا يخترق عضلة المثانة.

T2a– ورم يخترق النصف الداخلي لعضلات النَّافِصَة (Detrusor).

T2b– ورم يخترق النصف الخارجي لعضلات النَّافِصَة (Detrusor).

T3– ورم يخترق طبقة دهنية حول الأوعية الدموية.

T4– ورم يخترق أعضاء الحوض أو جدار الحوض. وهناك، أيضًا، تصنيف مجهري (هيستولوجي – Histologic) لدرجات التمايُز: 1 (مُنْخَفِضُ الدَّرَجَة - Low grade) حتى 3 (رَفيعُ الدَّرَجَة - High grade). إن الدمج بين هذين التَدريجين يُمكّن من توقع سير المرض السريري.

أعراض سرطان المثانة :

أعراض سريرية: الأعراض السريرية الأكثر شيوعا لسرطان المثانة، هي رؤية نزيف دموي من المسالك البولية (بيلة دموية عيانية - Gross hematuria)، أو نزيف خفي يتم اكتشافه، فقط، من خلال الفحص المخبري للبول. يمكن حدوث الألم في الخصر بسبب انسداد منطقة الحالب بسبب تورم المثانة، أو بسبب ورم يكتنف (involve) نظام التوزيع العلوي. كما يمكن حدوث التواتُر (frequency)، الإلحاح وألم التبول، بسبب تورم مُرَشِّح (filter) جدار المثانة، أو ورم يكتنف عنق المثانة والحالب.

أسباب وعوامل خطر سرطان المثانة :

تشمل عوامل خطر الإصابة بسرطان المثانة: جنس المذكر، الجيل المتقدم، التدخين، التعرض للمواد المُسرطنة (Carcinogenic) في صناعة المطاط والطلاء (أمينات أروماتيّة - Aromatic amine)، التعرض لأدوية من نوع سِيكْلُوفُسْفاميد (دواء مُضاد للأورام - Cyclophosphamide) وزرنيخ (Arsenic)، والالتهاب المزمن بسبب حصى المثانة، جسم غريب (قثطرة دائمة - Permanent catheter) والتلوث المزمن جراء طفيلي (داء البلهارسيات - Schistosoma).

تشخيص سرطان المثانة :

قد تتضمن الاختبارات والإجراءات المُستخدمة لتشخيص سرطان المثانة ما يلي:

- منظار المثانة: لإجراء منظار المثانة، يدخل الطبيب أنبوب صغير وضيق (منظار المثانة) من خلال مجرى البول. يحتوي منظار المثانة على عدسة، تتيح للطبيب برؤية داخل مجرى البول والمثانة، مما يمكنه من فحص هذه البنى لوجود علامات للمرض.
- الخزعة: أثناء منظار المثانة، قد يمرر الطبيب أداة خاصة من خلال المنظار وداخل المثانة لجمع عينة من الخلايا (خزعة) لإجراء الاختبار. ويسمى هذا الإجراء أحيانًا قطع ورم المثانة عبر الإحليل (TURBT). يمكن لقطع ورم المثانة عبر الإحليل (TURBT) أيضًا أن يستخدم في علاج سرطان المثانة.
- السيتولوجيا البولية: يتم تحليل عينة من البول تحت المجهر لفحص خلايا السرطان في إجراء يسمى السيتولوجيا البولية.

- اختبارات التصوير: تتيح الاختبارات التصويرية، مثل صورة للجهاز البولي بالتصوير المقطعي المحوسب (CT) أو تصوير الحويضة بالطريق الراجع، لطبيبك فحص بنى المسالك البولية.

أثناء تصوير الجهاز البولي بالأشعة المقطعية (CT) المحوسبة، تتدفق صبغة تباين تحقن في الوريد في اليد لتصل في نهاية المطاف للكليتين والحالب والمثانة. توفر صور الأشعة السينية المأخوذة أثناء الاختبار عرضًا مفصلاً للمسالك البولية وتساعد الطبيب في تحديد أي المناطق التي يحتمل إصابتها بالسرطان.

إن اختبار تصوير الحويضة بالطريق الراجع هو فحص بالأشعة السينية للحصول على نظرة مفصلة للمسالك البولية السفلية. أثناء هذا الاختبار، يمرر الطبيب أنبوب رفيع (قسطرة) من خلال مجرى البول ليصل داخل المثانة ليحقن صبغة تباين في الحالب. ثم تتدفق الصبغة داخل الكليتين أثناء التقاط الأشعة السينية للصور.

فحوصات تحديد مرحلة سرطان المثانة :

بعد تأكيد إصابتك بسرطان المثانة، قد يطلب طبيبك المعالج إجراء المزيد من الاختبارات لتحديد مدى انتشار السرطان لديك. يحتاج طبيبك إلى معرفة مرحلة ودرجة إصابتك بالسرطان للتوصية بأفضل الخيارات العلاجية من أجلك.

قد تتضمن الفحوصات:

- الفحص بالتصوير المقطعي المحوسب
- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)
- فحص العظام
- تصوير الصدر بالأشعة السينية

علاج سرطان المثانة :

يجب على المريض الذي تم تشخيص بيلة دموية لديه (دم في البول) لا يصاحبها الألم، إجراء فحص للبول للتأكد من وجود خلايا خبيثة، وإجراء تصوير وريدي للجهاز البولي، وإجراء تنظير للمثانة (Cystoscopy) بأسرع ما يمكن. إذا أظهر تنظير المثانة وجود آفة، يجب مواصلة الاستئصال عبر الإحليل (Transurethral Resection of Bladder TumorTUR - BT). وإذا ما ظهر في التشخيص بأن الآفة هي سرطان مثانة يخترق العضلة فيجب استكمال الفحص بهدف نفي إمكانية وجود إنتشار نَقيلِيّ (Metastatic). إن الفحوصات اللازمة لذلك هي تصوير مقطعي محوسب (Computational tomography) للبطن والحوض، تصوير القفص الصدري، مسح للعظام وفحوصات دم لأداء الكبد، وفحص فُسْفات قَلَوِي (Alkaline phosphatase) – وتهدف هذه الفحوصات لنفي احتمال انتشار عُقد الليمفا في الحوض وفي الفراغ الخلفي الصفاقي (peritonaei)، للرئتين، الكبد والهيكل (Skeleton).

إذا لم يخترق الورم العضلة، وتم استئصاله بشكل كامل، ولا يواجه المريض عوامل خطر رجوع الورم، يتم إرسال المريض لاستكمال المتابعة الطبية. إذا تواجدت عوامل خطر رجوع الورم (مرض في المرحلة T1، مرض متعدد البؤر، تدريج هيستولوجي مرتفع أو تكرار المرض في الماضي) يجب الاقتراح على المريض إجراء علاج مكمل بواسطة الشطف بالعلاج الكيميائي (Chemotherapy) أو العلاج المناعي (Immunotherapy) للمثانة. يتم الشطف بعُصَيَّاتُ كالْميت غيران (Bacille Calmette - Guerin - BCG) (جرثومة سل ضعيفة) و ميتُوميسِين (مُضادٌ حَيَوِيٌّ مُضادٌ للأَورام) (MMC - Mytomicin). بالإضافة إلى البروتوكولات (protocol) الأسبوعية، لمدة 6-8 أسابيع، لضمان منع رجوع الورم، هناك بروتوكولات لعلاجات مُداومة تستمر لعدة سنوات بعد الإستئصال. لقد أضيفت في السنوات الأخيرة، علاجات أخرى، مثل دواء جيمستابين (Gemcitabine) أو التكنولوجية التَآزُرِيَّة (synergos technologies) التي تدمج بين المعالجة الكيميائية والتسخين. في حال تشخيص مرض يخترق عضلة المثانة، يجب القيام بإستئصال جذري (Radical) للمثانة. في هذه الجراحة يتم استئصال البروستاتة والحويصلات المنوية (Seminal Vesicle) لدى الرجل، أما لدى المرأة فيتم استئصال الرحم والبُوقِ والمَبِيْض (Salpingo - oophorectomy) والجزء الأمامي من المهبل. بالنسبة للمريض الذي يعاني من التكرار المتعدد البؤر للمرض من نوع T1 رفيع الدرجة (T1 high Grade) يمكن التوصية بعلاج مماثل لعلاج المرض الباضع. أما بالنسبة لمريض يعاني من آفة وحيدة البؤرة بدرجة T2 والتي استؤصلت بالكامل، ولم يتم العثور خلال الفحص على أي دليل لبقايا المرض، فيمكن فحص إمكانية الاكتفاء بالعملية المُنجزة، أو إجراء جراحة لصيانة المثانة، أو إجراء تصوير إشعاعي للمثانة باضافة مادة السيسبلاتين (Cisplatin) التي تشكل علاجا كيميائيا وتؤدي، أيضًا لزيادة حساسية خلايا الورم للإشعاع. ترتبط الجراحة التقليدية للمثانة بإعادة بناء المسالك البولية، إما عن طريق صنع مخزن شبيه بمثانة جديدة من الأمعاء (في الغالب الأمعاء الدقيقة – اللفائفي (Ileum)، أو تحويل البول إلى جدار البطن بواسطة عروة (loop) من الأمعاء الدقيقة وتشكيل فُغرَة (Stoma). يرتبط اختيار نوع التحويل بعدة عوامل (جيل المريض، أداء الكلى، أمراض معوية إلتهابية مزمنة أو مهارة إجراء قثطرة ذاتية (self catheterization).

في الوقت الذي تكون فيه توقعات سير المرض (prognosis) لدى المصابين بورم سطحي من نوع سَرَطانَةُ الخَلاَيا الاِنْتِقالِيَّة (TCC - Transitional cell carcinoma) جيدة، يكون السير السريري في المرض الباضع، في حالات عديدة، مرتبطا بتطور نقيلات. هناك إثباتات، اليوم، على أن العلاجات الكيميائية التي تعتمد على السيسبلاتين (Cisplatin) خصوصا عند إعطائها قبل الجراحة، قد تحسن من توقعات سير المرض (prognosis). كما أن هذا العلاج الكيميائي المُدمج هو، أيضا، العلاج المفضل للمرضى الذين يتم تشخيصهم مع نقيلات وليسوا مُعنين لإجراء جراحة لهم.

31. مرض الكلى المزمن (Chronic Kidney Disease) :

تقوم الكلى بتصفية الدم وإفراز الفضلات وفائض السوائل إلى البول. عند إصابة أداء الكلى تتراكم الفضلات وفائض السوائل في الجسم، الأمر الذي قد يشكل خطرًا.

يكون التدهور في أداء الكلى بطيئا حيث تحتدم الأعراض كلما تفاقم الفشل الكلوي المزمن. أحيانا لا يتم تمييز أية أعراض للمرض في المراحل الأولى، ولذلك فهي تكتشف فقط في مراحل متأخرة.

يركز العلاج على إبطاء التدهور بأداء الكلى، بشكل عام من خلال علاج المسبب الأولي للإصابة. من الممكن عند تقدم المرض الوصول لوضع لا تعمل فيه الكلى كليا بسبب الإصابة.

أعراض الفشل الكلوي :

قد تتطور اعراض الفشل الكلوي المزمن بشكل بطيء، لتشمل:

- انخفاض كمية البول
- غثيان وتقيؤ
- نقص شهية
- تعب وضعف
- صعوبات بالنوم
- انخفاض حدة التفكير
- انقباض العضل
- تورم بالكاحلين والأرجل
- حكة
- ارتفاع ضغط الدم

هذه الأعراض ليست محصورة بإصابة أداء الكلى، فحسب، فقد تظهر أيضاً، عند الإصابة بإمراض أخرى. بالإضافة لذلك فللكلية قدرة عالية على تعويض الضرر، ولذلك من الممكن أن يتأخر تشخيص المرض وحدوث إصابة مستديمة في عمل الكلى.

أسباب وعوامل خطر الفشل الكلوي :

تحدث الإصابة في أداء الكلى عندما يمنع مرض معين من الكلى القيام بعملها لفترات زمنية طويلة تصل لأشهر أو سنوات. ويؤدي الضرر المتراكم لانخفاض أداء الكلية ولإصابة مزمنة.

أمراض وحالات تؤدي لتضرر الكلى:

- سكري نمط 1 (Diabetes mellitus type 1).
- سكري نمط 2 (Diabetes mellitus type 2).
- ضغط الدم المرتفع.
- تضخم غدة البروستاتة.
- حصى الكلى.
- سرطان بالمثانة البولية.
- سرطان بالكلية.
- عدوى بالكلى.
- أمراض روماتيزمية مثل الذئبة (Lupus)، تصلب الجلد (Scleroderma) والتهاب الأوعية الدموية (Vasculitis).
- انسداد جزئي أو كامل لشريان الكلية الذي يزودها بالدم.

تشمل عوامل خطر إصابة الكلية: أمراض القلب، التدخين، السمنة، مستويات عاليه من الكولسترول في الدم، حدوث إصابات سابقة بالكلى في إطار عائلة المريض والجيل المتقدم.

مضاعفات الفشل الكلوي :

هناك بعض المضاعفات المرتبطة بالإصابة بالفشل الكلوي، والتي تتمثل في:

- احتباس السوائل: تتضرر قدرة الكلية على إفراز فائض السوائل مما يؤدي لتطور وذمات في الأطراف أو في الرئتين بالإضافة لضغط الدم المرتفع.
- اضطراب نظم قلب (Arrhythmia) قاتل: يتضرر إفراز البوتاسيوم، وقد يرتفع مستواه في الدم بشكل سريع مؤديا لاضطراب نظم القلب الأمر الذي يمكنه أن يؤدي إلى الموت.
- كسور في العظام: تعمل الكلى على موازنة مستويات الفوسفور والكالسيوم في الدم وهما عنصران حيويان لبناء العظام. يؤدي إلحاق الضرر بتركيز هذه المعادن، إلى ضعف العظام وإتاحة حدوث الكسور.
- فقر الدم (Anemia): تنتج الكلى هورمونا مهماً يسمى اريتروبويتين (Erythropoietin)، الذي يتولى وظيفة تحفيز نخاع العظم على إنتاج كريات دم حمراء. عند تضرر الكلى تقل مستويات الهورمون ويحدث نقص بكريات الدم الحمراء (Anemia).
- إصابة جهاز الأعصاب المركزي: يؤدي تراكم مواد سامه في الجسم إلى إلحاق ضرر بالأداء الوظيفي، ويعاني المريض من صعوبة التركيز، تغييرات في الشخصية وصولا إلى حدوث نوبات. تعرف هذه الحالة باليوريمية (Uremia).
- مضاعفات إضافية: انخفاض في الشهوة الجنسية والإصابة بالعنانة (impotence)، انخفاض في أداء جهاز المناعة، التهاب التامور (Pericarditis) ومضاعفات أثناء الحمل.

تشخيص الفشل الكلوي :

هناك عدة طرق بالإمكان استخدامها لتشخيص الإصابة بالفشل الكلوي، والتي تشمل:

- فحوصات دم: يمكن من خلال فحوصات الدم الوقوف على مستوى مواد الفضلات مثل اليوريا (Urea) والكرياتينين (Creatinine) بالإضافة لدرجة الكالسيوم، فوسفور البوتاسيوم، الصوديوم والمزيد. هذه المؤشرات تعكس مستوى أداء الكلية مثل الهيموغلوبين .

- فحص بول: وجود مواد معينه مثل البروتينات تؤدي للشك بتضرر أداء الكلى والعكس صحيح، أيضاً، حيث يمكن لتركيز منخفض جدًا للفضلات أن يدل على حدوث إصابة.

فحوصات التصوير: في بعض الحالات نرغب بمشاهدة مبنى الكلية وما إذا حدثت إصابة ميكانيكية أو ورم، ولذلك نقوم بإجراء فحص تصوير فائق الصوت (Ultrasound) أو التصوير المقطعي المحوسب (CT).

- خزعة (Biopsy): يتم إدخال إبرة وتوجيهها بواسطة جهاز تصوير فائق الصوت، واخذ قطعة صغيرة من نسيج الكلية. يمكن فحص هذا النسيج بالمختبر وتشخيص مرض الكلية.

علاج الفشل الكلوي :

يركز علاج الفشل الكلوي المزمن على مسبب المرض، وذلك لعدم توفر دواء حتى الآن يمكنه المساعدة على إعادة الأداء للكلى. بالإضافة إلى ذلك، يشمل منع استمرار الضرر:

- تقليل استهلاك الكحول حتى الحد الأدنى

- تغذية مناسبة (تناول أقل ما يمكن من البروتينات، البوتاسيوم والملح)

- موازنة مستوى السكر

- علاج ضغط الدم

- إيقاف التدخين

- المحافظة على وزن سليم

- استخدام عقلاني للأدوية التي تباع دون وصفة طبيب، والتي يعرف عن سموميتها للكلية مثل (NSAIDS).

هناك علاجات أخرى، تهدف إلى معالجة مضاعفات المرض بواسطة أدوية لتخفيض ضغط الدم (في الأساس مثبط الإنزيم المحول للأنجيوتنسين) (- Angiotensin converting enzyme ACE) ومحصرات مستقبلات الانجيوتنسين (- Angiotensin II Receptor Blockers ARB)، علاجات لخفض الكولسترول، رفع مستوى الهيموغلوبين ومعالجة فقر الدم، تقوية العظام، تخفيض الوذمات وإتباع نظام غذائي قليل البروتين، والذي يمنع العبء الزائد على كلية المريض.

في نهاية الأمر حين تكون الكلى مصابة ولا تعمل هناك حاجة لتصفية الدم وذلك لمنع الحالات التي تعرض الحياة للخطر.

الإمكانيات العلاجية القائمة في سبيل ذلك:

- غسيل الكلى ديال (دياليزا - Dialysis): الفكرة التي يتمحور عليها أساس الديال هي القيام، بواسطة أجهزه طبية، بالنشاط الذي تقوم به الكلى في جسم الانسان المعافى. من الممكن عمل ذلك بواسطة ديال دموي (Hemodialysis) حيث يتم إدخال الدم عن طريق أنبوب لجهاز يصفي الدم ويعيده إلى الجسم بعد التصفية، تستغرق هذه العملية ساعات معدودة ويجب القيام بها عدة مرات في الأسبوع. وهناك إمكانية أخرى هي ديال صفاقي (peritoneal) – يتم من خلالها، إدخال محلول سائل خاص إلى تجويف البطن، ومن ثم، يتم من خلال غشاء الصفاق نقل مواد الفضلات من الدم إلى المحلول ليتم بعد ذلك ضخ المحلول إلى خارج فراغ البطن.

- زرع كلية: يتم زرع كلية في جسم المريض والتي تم التبرع بها من قبل شخص توفي أو من متبرع حي. تعمل الكلية المزروعة بدلاً من كلى المريض التي لا تعمل.

الوقاية من الفشل الكلوي :

- القواعد الذهبية السبع للمحافظة على الكلية:
- المحافظة على اللياقة البدنية والقيام بنشاط بدني: تقلل من ضغط الدم وقد أثبتت أنها حافظه لأداء الكلية.
- المحافظة على قيم السكر: ما يقارب نصف مرضى السكري يعانون من ضرر بالكلى، كان يمكن منعه بواسطة فحص دوري لاكتشاف اضطراب في أداء الكلية وبمساعدة المحافظة على قيم سكر في المجال السليم.
- المحافظة على ضغط دم سليم: الكل يعرف أن ضغط الدم المرتفع يضر بأداء القلب وقد يؤدي لسكتة دماغية. ولكن ضغط الدم المرتفع هو أيضاً مسبب شائع لقصور الكلى، ولذلك يجب قياسه بشكل دوري ومعالجته حسب التعليمات حين يكون مرتفعا.
- غذاء صحي والمحافظة على وزن سليم: أساسي للمحافظة على أداء القلب، الأوعية الدموية ومنع السكري، الذي يضر بأداء الكلية. بالإضافة لذلك، من المهم ألمحافظة على تغذيه قليلة الملح لأن الملح يؤدي لحمولة زائدة على الكلية.
- التدخين: بالإضافة إلى الضرر الذي يلحقه بجهاز التنفس فإن تدخين السجائر والشيشة يضر أيضا بتزويد الدم للكلية، ويزيد من خطر الإصابة بسرطان الكلية بنسبة 50%.
- الامتناع عن استعمال أدوية بدون وصفة طبية على أساس ثابت: العديد من الأدوية، خصوصا المنتمية إلى عائلة مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDS) (مثل نوروفن - Nurofen) تؤدي لضرر متراكم للكلى عند استعمالها بكميات كبيره وبتردد عالي.
- الفحص الدوري: على الأشخاص الذين يواجهون عوامل الخطر التي ذكرت اعلاه، القيام بفحص دم دوري، يمكن بمساعدته اكتشاف الإصابة بالكلية في مرحلة مبكرة.

32. سرطان خلايا الرئة غير الصغيرة (Non-Small Cell Lung Cancer):

- سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة (NSCLC)، هو أي نوع من سرطان الرئة الطلائي خلاف سرطان الرئة صغيرة الخلايا. يشكل سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة نحو 85% من حالات سرطان الرئة.

- سرطان الرئة هو الثاني في ترتيب الانتشار بين أنواع السرطان بعد سرطان البروستاتا عند الرجال، وهو يأتي بعد سرطان الثدي في ترتيب انتشار أنواع السرطان عند النساء، وقد أصبح - - سرطان الرئة في الولايات المتحدة هو السبب الرئيسي للوفيات التي يمكن الوقاية منها، كما تخطى سرطان الرئة أمراض القلب كمسبب رئيسي للوفيات المرتبطة بالتدخين.

ويمكن قراءة اعراض وتفاصيل المرض مع سرطان الرئة المرض رقم 2 في كتابنا هذا .

33. سرطان خلايا الرئة الصغيرة (Small Cell Lung Cancer) :

سرطان الخلايا الصغيرة Small-cell carcinoma (المعروف أيضا باسم "سرطان الخلايا الصغيرة الرئوي" small-cell lung cancer، أو "سرطان خلايا الشوفان " oat-cell carcinoma)، هو أحد أنواع السرطانات الخبيثة بشكل عالي والتي غالباً ما تنشأ داخل الرئة، على الرغم من أنه يمكنه أن ينشأ في بعض الأحيان في مواقع أخرى من الجسم، مثل عنق الرحم والپروستات والجهاز الهضمي. بالمقارنة مع السرطانات غير صغيرة الخلايا، فإن سرطان الخلايا الصغيرة لديه وقت مضاعفة أقصر وارتفاع نسبة النمو، وانبثاث مبكر.

عندما يظهر السرطان في الرئة، فإنه يسمى أحيانا "سرطان خلايا الشوفان " نظراً لشكل خلية المسطح والسيتوبلازم القليل. يعتقد أنه ينشأ من خلايا الغدد الصماء ـ العصبية (خلايا آبودية) في القصبة الهوائية تسمى الخلايا فيرتر (التي سميت باسم فريدريش فيرتر).

بالتالي، فإنها تعبر عن مجموعة متنوعة من علامات الغدد الصماء ـ العصبية، ربما تؤدي إلى إنتاج خارجي للهرمونات مثل ADH وACTH التي قد تؤدي إلى المتلازمات المصاحبة للورم ومتلازمة كوشينغ. ما يقرب من نصف الأفراد الذين تم تشخيصهم بمتلازمة لامبرت-إيتون (LEMS) سوف يتضح في نهاية المطاف إصابتهم بسرطان الخلايا الصغيرة في الرئة.

ويمكن متابعة باقي الاعراض مع مرض سرطان الرئة رقم 2 في كتابنا هذا .

34. سرطان الدم (Leukemia) :

سرطان الدم، اللوكيميا او ابيضاض الدم (Leukemia)، هو أحد أنواع السرطان حيث يتكون في الأنسجة المسؤولة عن إنتاج خلايا الدم، والتي تشمل نقي العظم (Bone marrow) والجهاز اللِّمفي (Lymphatic system). يبدأ هذا النوع من السرطان بالتكوّن، عادة، في خلايا الدم البيضاء.

تتمتع كريات الدم البيضاء بقدرة على صدّ ومحاربة العدوى والتلوثات المختلفة. تنمو هذه الخلايا، بشكل عام، بصورة سليمة للغاية وتنقسم حسب احتياجات الجسم. ولكن، في حالة الإصابة بابيضاض الدم (اللوكيميا)، يُنتج نقي العظم في الجسم كمية كبيرة جدا من خلايا الدم البيضاء الشاذة (غير السويّة / غير الطبيعية)، التي لا يمكنها أن تقوم بوظائفها كما ينبغي.

سرطان الدم (اللوكيميا) ليس مرضا منتشرا عند الأطفال فقط. فلابيضاض الدم (اللوكيميا) أربعة أصناف رئيسية وتشكيلة واسعة من الأصناف الثانوية، جزء منها فقط منتشر لدى الأطفال.

إن تلقي شخص ما تبليغا عن تشخيص إصابته بمرض ابيضاض الدم (اللوكيميا) قد يثير مشاعر القلق والخوف الشديدين، فيما قد تكون مهمة علاج سرطان الدم (اللوكيميا) مركبة ومعقدة، طبقا لنوع سرطان الدم (اللوكيميا) وتبعا لعوامل أخرى عديدة مختلفة. لكن، هنالك طرق متنوعة وموارد كثيرة من شأنها مساعدة المريض مواجهة اللوكيميا.

أعراض سرطان الدم :

تتنوع أعراض سرطان الدم (اللوكيميا) وتختلف، باختلاف نوع سرطان الدم. ومع ذلك، فالأعراض الشائعة لابيضاض الدم (اللوكيميا) تشمل:

- الحمى أو الارتعاد
- التعب الدائم، الوهن
- العدوى المتكررة
- فـَقـْد الشهية أو انخفاض الوزن
- انتفاخ الغدد اللمفاوية (Lymphatic nodules)، تضخم الكبد أو الطحال
- سهولة النزف أو ظهور الكدمات
- ضيق النفس خلال النشاط البدني أو عند صعود الدرجات
- ظهور نقاط / بقع صغيرة حمراء اللون على الجلد (نَزف محلي، موضعي)
- فرط التعرّق، وخاصة في ساعات الليل
- أوجاع أو حساسية في العظام

تتعلق حدة الأعراض بكمية خلايا الدم الشاذة (غير السويّة) وموقع تراكمها. وقد يتغاضى المرء عن العلامات والأعراض الأولية لمرض ابيضاض الدم (لأنها تشبه علامات وأعراض النزلة الوافدة (الانفلونزا) أو أمراض شائعة أخرى).

أسباب وعوامل خطر سرطان الدم :

يصنف الأطباء سرطان الدم، عادة، بطريقتين اثنتين:

1- حسب وتيرة التقدم :

يعتمد التصنيف الأول على وتيرة تقدم المرض.

ابيضاض الدم الحاد / الخطير - في ابيضاض الدم الحاد، خلايا الدم الشاذة هي خلايا دم بدائية غير متطورة أرومة (Blast). هذه الخلايا غير قادرة على القيام بوظيفتها، وهي تميل إلى الانقسام بوتيرة سريعة، لذا فإن المرض يتفاقم بسرعة. ويتطلب ابيضاض الدم الحاد معالجة قوية ومشددة، يتوجب البدء بها على الفور.

ابيضاض الدم المزمن (Chronic Leukemia)- ينشأ هذا النوع من سرطان الدم في خلايا الدم البالغة (المتطورة). هذه الخلايا تنقسم وتتكاثر، أو تتراكم، ببطء أكثر ولها قدرة اعتيادية على العمل، طوال فترة زمن معينة. في بعض أصناف ابيضاض الدم المزمن لا تظهر أعراض معينة ويمكن أن يظل المرض خفيّا وغير مشخص لبضع سنوات.

2- حسب نوع الخلايا المُصابَة:

يعتمد التصنيف الثاني على نوع خلايا الدم المُصابة.

ابْيِضاضُ اللِّمفاويَّات (Lymphocytic Leukemia)- يهاجم هذا النوع من ابيضاض الدم الخلايا الليمفاوية، المسؤولة عن إنتاج النسيج اللـِّمفي. يشكل هذا النسيج المركب المركزي في الجهاز

المناعي وهو موجود في العديد من أجهزة الجسم، التي تشمل أجهزة الغدد / العُقد اللمفاوية (Lymph nodes)، الطحال (Spleen) واللوزتين (Tonsils).

الابيضاض النقوي (Myelogenous Leukemia)- يهاجم هذا النوع الخلايا النقوية (Marrow cells) الموجودة في النخاع الشوكي. هذه الخلايا تشمل الخلايا التي يُفتَرَض أن تتطور مستقبلا إلى خلايا دم حمراء، خلايا دم بيضاء والخلايا المسؤولة عن إنتاج صفيحات الدم (Thrombocyte / Platelet).

الأنواع الرئيسية:

أنواع ابيضاض الدم (اللوكيميا) الرئيسية هي:

- ابيضاض الدم النقوي (النخاعي) الحاد (Acute Myelogenous Leukemia – AML)- هو أكثر أنواع ابيضاض الدم (سرطان الدم) انتشارا. يظهر المرض عند الأولاد وعند الكبار. ويسمى، أيضا، "ابيضاض الدم الحاد غير اللمفاوي" (Acute nonlymphocytic leukemia).

- ابيضاض الدم اللمفاوي الحاد (أو:ابيضاض اللمفاويات الحاد) (Acute Lymphocytic Leukemia –ALL) - هذا هو النوع الأكثر انتشارا عند الأطفال الصغار. وهو مسؤول عن 75% من حالات الإصابة بسرطان الدم عند الأطفال.

- ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن (أو:ابيضاض اللمفاويات المزمن) (Chronic Lymphocytic Leukemia – CLL)- على الرغم من إن هذا النوع منتشر جدا ويظهر لدى البالغين، أساسا، إلا إن المصاب به يمكنه التمتع بشعور جيد طوال عدة سنين دون الحاجة إلى أي علاج. وهو لا يظهر لدى الأطفال إطلاقا، تقريبا.

- ابيضاض الدم النِقوي (النخاعي) المزمن (Chronic Myelocytic Leukemia –CML) - يظهر هذا النوع من ابيضاض الدم (اللوكيميا) بالأساس عند البالغين. ويُعزى ظهوره إلى خلل في الصِبغي (الكروموزوم) المسمى بصبغي فيلادلفيا (Philadelphia Chromosome)، المسؤول عن إحداث طَفرة (Mutation) وراثية في الجين BCR ABL.

هذا الجين ينتج بروتينا غير سليم يسمّى تيروزين كيناز (Tyrosine kinase) ويعتقد العلماء والأطباء بأنه هو الذي يمكّن خلايا الابيضاض (سرطان الدم) من النشوء والتكاثر. وقد يعاني المصاب بهذا النوع من سرطان الدم (اللوكيميا) من ظهور أعراض قليلة، إن ظهرت أصلا، على امتداد فترة قد تطول أشهر أو حتى سنوات، قبل بداية المرحلة التي تنمو فيها خلايا المرض وتتكاثر بسرعة فائقة.

عيوب مزمنة أخرى في الخلايا اللمفاوية:

كما هو الحال في CML، هذه المجموعة من الأمراض تسبب ظهور ابيضاض الدم المزمن (Chronic leukemia)، وذلك عن طريق إنتاج، مفرط أو شحيح، للخلايا اللمفاوية. هذه العيوب المزمنة في الخلايا اللمفاوية تشمل: متلازمة خلل التنسّج النقوي (myelodysplastic syndrome)، اضطراب التكاثر النقوي (Myeloproliferative disorder)، كثرة الكريات

الحمراء الأولية (Polycythemia vera) والتليف النقوي (Myelofibrosis). مجموعة الحالات الطبية هذه يمكنها أن تؤدي، في نهاية الأمر، إلى ظهور ابيضاض الدم في النخاع الشوكي.

ثمة أنواع أخرى من سرطان الدم، نادرة الظهور، تشمل ابيضاض الخلايا الشعرية (Hairy cells leukemia) والابيضاض الوحيدي النقوي المزمن (Chronic myelomonocytic leukemia).

المسببات غير واضحة:

لا يعرف العلماء، حتى الآن، ما هي المسببات الحقيقية لمرض ابيضاض الدم (سرطان الدم). لكن، يبدو إنه يتولد ويتطور نتيجة اجتماع عدة عوامل وراثية متنوعة وعوامل بيئيّة، معا.

يبدأ مرض ابيضاض الدم الحاد في خلية دم بيضاء واحدة أو في مجموعة صغيرة من الخلايا التي فقدت تسلسل الحمض النووي الريبي المنزوع الأكسجين (دنا) – (Deoxyribonucleic acid - DNA) التابع لها أو أن هذا التسلسل مَعيب (Defective). تبقى هذه الخلايا غير متطورة، لكنها قادرة على التكاثر. ونظرا لأنها غير متطورة بما فيه الكفاية، وغير ميّتة كما يحدث للخلايا السليمة، فإنها تتراكم وتعرقل العمل السليم للأعضاء الحيوية في الجسم. وفي نهاية المطاف، تجهض هذه الخلايا عملية إنتاج الخلايا المعافاة والسليمة.

يهاجم مرض ابيضاض الدم المزمن خلايا الدم الأكثر تطورا. هذه الخلايا تتضاعف وتتراكم بصورة أبطأ، لذا فإن تقدم المرض يكون أبطأ، أيضا، لكنه قد يكون قاتلا. ولا يزال المختصون لا يعرفون تماما الأسباب الحقيقية لحدوث هذه العملية.

وفي المحصلة، ينشأ نقص في خلايا الدم السليمة والصحية فيحصل التلوث، النّزف المفرط وفقر الدم (Anemia). كما إن وجود عدد كبير جدا من خلايا الدم البيضاء من شأنه أن يمس بوظيفة نسيج نقي العظم (Bone marrow tissue) والتغلغل إلى أعضاء أخرى. وحين تؤدي مثل هذه الحالة إلى الموت، فإنه يكون عادة نتيجة لفقدان الدم بشكل حاد أو نتيجة للعدوى.

عوامل الخطر :

العوامل التالية قد تزيد من خطر الإصابة ببعض أنواع اللوكيميا:

- معالجة مرض السرطان - الأشخاص الذين أخضعوا في السابق لأنواع معينة من طرق المعالجة الكيميائية (Chemotherapy) أو المعالجة الإشعاعية (Radiotherapy) لمعالجة أنواع أخرى من مرض السرطان معرّضون للإصابة بأنواع معينة من ابيضاض الدم، بعد سنوات عديدة من العلاج.

- الوراثة - يبدو أن انحرافات وراثية معينة من شأنها أن تؤثر على ظهور مرض ابيضاض الدم. فقد اكتشف أن أمراضا وراثية معينة، مثل متلازمة داون (Down syndrome)، تزيد من احتمال الإصابة بابيضاض الدم.

- التعرض إلى الإشعاعات أو إلى مواد كيماوية معينة - الأشخاص الذين تعرضوا لمستويات عالية جدا من الإشعاعات، مثل الناجين من انفجار ذرّي أو حادث مفاعل ذرّي، معرضون، بدرجة كبيرة، للإصابة بابيضاض الدم. كما إن التعرض لأنواع معينة من المواد الكيماوية، مثل البنزين الموجود في الوقود الخالي من الرصاص وفي دخان التبغ ويستعمل كذلك في صناعات كيميائية معينة، من شأنه أيضا زيادة احتمال الإصابة بأنواع معينة من ابيضاض الدم.

وفي كل الأحوال، فإن غالبية الأشخاص المعرضين لعوامل الخطر هذه أو المنتمين إلى مجموعة خطر معينة للإصابة بابيضاض الدم، لا يصابون به. وقسم كبير من الأشخاص المصابين بابيضاض الدم لم يكونوا من بين الذين تعرضوا لعوامل الخطر هذه.

في أغلب الحالات، يشخص الأطباء مرض الابيضاض (اللوكيميا) خلال فحص دم اعتيادي، قبل أن تكون قد ظهرت أي أعراض.

إذا كان الوضع كذلك، أو إذا كان الشخص يعاني من أعراض قد تدل على إصابته بابيضاض الدم، فمن المحتمل أن يخضع لواحد أو أكثر من الفحوصات التالية:

- فحص جسماني
- فحوص دم وخاصة صورة دم كاملة
- نمط ظاهري مناعي (Immunophenotype)
- فحص تكوّن الخلايا (Cytogenic)
- خزعة من نقي العظام (Bone marrow biopsy)

ربما تكون هنالك حاجة إلى العديد من الفحوصات الأخرى لتأكيد التشخيص ولتحديد نوع ابيضاض الدم ودرجة انتشاره في الجسم.
بعض أنواع سرطان الدم (اللوكيميا) مصنفة إلى مستويات، تشير على درجة خطورته ومدى تفشيه الجسم. تحديد تصنيف المرض وتدريجه يساعد الطبيب المعالج في وضع برنامج علاج سرطان الدم الأمثل والأنجع.

علاج سرطان الدم :

خلافا لأنواع السرطان الأخرى، فإن ابيضاض الدم (اللوكيميا) لا يتكون من كتلة نسيجية صلبة يستطيع الطبيب إستئصالها والتخلص منها بعملية جراحية. ولذلك، فإن علاج سرطان الدم معقد جدا.
ويتعلق مدى التعقيد بعوامل أساسية هي: السن، الوضع الصحي، نوع الابيضاض (اللوكيميا) وهل تفشى إلى أعضاء أخرى في الجسم.
أما طرق علاج سرطان الدم المتبعة لمحاربة سرطان الدم فتشمل:

- المعالجة الكيميائية (Chemotherapy)
- مثبطات الكيناز (Kinase Inhibitors)
- المعالجة الإشعاعية (Radiotherapy)
- زرع النقي (Bone Marrow Transplantation)
- زرع خلايا جذعية (Stem Cells Transplantation)

35. لمفومة لا هودجكين (Non-Hodgkin's Lymphoma) :

مع أنه صعب التشخيص إلا أنه قد يكون السرطان الأكثر قابلية للعلاج من أي نوع آخر من أنواع السرطان، تعرفوا في هذا المقال على سرطان الغدد اللمفاوية.

يبدأ سرطان الغدد اللمفاوية (Lymphoma) في الخلايا المكافحة للعدوى (Infection-fighting cells) في جهاز المناعة، أو ما يسمى بالخلايا اللمفاوية (Lymphocytes) التي تتواجد في: العقد الليمفاوية (Lymph nodes)، الغدة الزعترية (Thymus)، نخاع العظم (Bone marrow)، الطحال (Spleen)، وأجزاء أخرى من الجسم. وعند الإصابة بسرطان الغدد اللمفاوية، تتغير الخلايا اللمفاوية لتنمو وتنتشر بشكل غير قابل للسيطرة.

أنواع سرطان الغدد اللمفاوية :

هناك نوعان من سرطان الغدد اللمفاوية، هما:

- اللمفومة اللاهودجكينية (Non-Hodgkin): وهو النوع الأكثر شيوعاً من سرطانات الغدد اللمفاوية.
- اللمفومة الهودجكينية (Hodgkin): وهو النوع الأقل شيوعاً من سرطانات الغدد اللمفاوية.

يؤثر كل من نوعي السرطان المذكورين أعلاه على نوع مختلف من الخلايا اللمفاوية. وينمو كل من هذين النوعين ويتطور بنسق وسرعة مختلفة كما أن استجابتهما للعلاج (اقرأ: علاج السرطان) تختلف كذلك. ومع أن اللمفوما مرض سرطاني، إلا أنه يختلف عن باقي أنواع السرطانات الأخرى في أنه قابل للعلاج والشفاء، فالكثير من الحالات المصابة به يمكن أن تخضع للعلاج لتشفى منه كلياً.

ما الفرق بين سرطان الغدد اللمفاوية وسرطان الدم (Leukemia)؟

يبدأ كل من هذين النوعين من السرطان في نوع مختلف من الخلايا:

- سرطان الغدد اللمفاوية يبدأ في الخلايا اللمفاوية المكافحة للعدوى.

- سرطان الدم يبدأ في الخلايا المكونة لكريات الدم الحمراء داخل نخاع العظم.

كما يتميّز سرطان الغدد الليمفاوية بالتكوّن الحاد للوذمة اللمفاوية (Lymphedema) أي تجمّع السوائل تحت الجلد نتيجة تضرر العقد الليمفاوية.

أسباب سرطان الغدد اللمفاوية :

لم يستطع العلماء والأطباء تحديد السبب الرئيسي وراء هذا النوع من السرطانات في معظم الحالات، لكن فرص الإصابة بسرطان الغدد اللمفافوية تزداد في الحالات التالية:

- في الستينات من العمر أو أكبر عند الذكور.
- في حالات ضعف الجهاز المناعي نتيجة الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS)، بعد عملية زراعة أعضاء، أو إذا كمن من الاشخاص المولودين أصلاً بجهاز مناعة ضعيف او مريض.
- في حالات الإصابة بأمراض جهاز المناعة التالية: روماتزم المفاصل (Rheumatoid arthritis)، متلازمة شوغرن (Sjögren's syndrome)، الذئبة (Lupus)، الداء الزلاقي (Celiac disease).
- إذا كنت مصاباً أو سبق لك الإصابة بأحد الأمراض التالية: فيروس ابشتاين بار (Epstein-Barr)، التهاب الكبد ج (hepatitis C)، ابيضاض الدم التائي الخلايا (T-cell leukemia)، فيروس اللمفومة وابْيِضَاضُ الدَّمِ البَشَرِيّ (lymphoma (HTLV-1)، الهربس (human herpesvirus 8 (HHV8)).
- لديك صلة قرابة قوية بشخص أصيب بسرطان الغدد اللمفاوية.
- تعرضت للبنزين أو أي من المواد الكيميائية القاتلة للحشرات فيما مضى.
- إذا سبقت لك الإصابة بسرطان الغدة الليمفاوية بأي من نوعيه وتعالجت منها.
- قد تلقيت علاجاً لمرض السرطان بالأشعة.
- مصاباً بالسمنة (اقرأ: أسباب السمنة قد تفاجئكم).

الأعراض :

قبل إجراء أية فحوصات، سوف يرغب الطبيب في معرفة، الأمور التالية:

- متى لاحظت الأعراض؟

- كيف كنت تشعر مؤخراً؟

- هل تشعر بألم؟ إذا كانت الإجابة نعم، ما الذي يؤلمك؟

- هل فقدت بعض الوزن مؤخراً؟

- هل تشعر بإرهاق وتعب طوال الوقت؟

- هل سبق لك وتعالجت من سرطان الغدد اللمفاوية أو أي نوع آخر من السرطان؟

- هل تعاني من أي نوع من الأمراض أو الالتهابات؟

- هل سبق لأي من أفراد عائلتك أن أصيب بمرض السرطان؟

بعد أن يقوم الطبيب بحصر ومعرفة الأعراض من خلال إجاباتك على الأسئلة السابقة، سوف يقوم الطبيب بتقييم الحالة وتحسس أي عقد ليمفاوية في جسمك قد تكون متورمة، مع العلم أن تورم العقد الليمفاوية لا يعني بالضرورة إصابتك بسرطان الغدد اللمفاوية، فقد يكون كل ما هنالك التهابات أو أنواع معينة من العدوى قابلة للعلاج بسرعة ودون خوف.

وقد يقوم الطبيب بأخذ خزعة من إحدى العقد الليمفاوية المتورمة ليفحص وجود خلايا سرطانية. وهنا قد يقوم الطبيب بأخذ جزء من عقدة ليمفاوية أو استئصال غدة ليمفاوية كاملة، كما قد يلجأ لأخذ عينة صغير عبر حقنة يتم إدخالها في النسيج المتورم من العقدة الليمفاوية.

الفحوصات :

قد يطلب الطبيب منك إجراء بعض هذه الفحوصات في حال ثبت إصابتك بسرطان الغدد اللمفاوية ليعرف مدى انتشار السرطان في الجسم:

- فحص الدم: وفي هذا الفحص يتم مراقبة وتسجيل كمية معينة من الخلايا تتواجد في مجرى الدم.
- خزعة نقي العظم (Bone marrow aspiration or Biopsy): في هذا الفحص يقوم الدكتور بأخذ خزعة من السائل أو النسيج المكون للنخاع العظمي حيث يتم إنتاج الخلايا، لتحري وجود خلايا هذا النوع من السرطان.
- تصوير منطقة الصدر بالأشعة السينية (Chest X-ray): يتم في هذا الفحص تصوير الصدر من الداخل عبر تعريضه لجرعات صغيرة من الأشعة السينية.
- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI): يستخدم فيه خصائص المغناطيس القوية وأنواع معينة من الأشعة لالتقاط صور للأعضاء وأجزاء الجسم الداخلية.
- التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET scan): يستخدم هذا الفحص جزيئات مشعة لتحري وجود خلايا سرطانية في الجسم.
- فحص جزيئي (Molecular test): يتحرى هذا النوع من الفحوصات أي تغييرات جينية أو بروتينية أو غيرها من التغييرات التي تحدث داخل الخلية السرطانية وقد تساعد الطبيب على تمييز نوع سرطان الغدد الليمفاوية الذي أصيب به المريض.

العلاج :

يعتمد العلاج الذي ستحصل عليه على نوع سرطان الغدد الليمفاوية الذي أصبت به، ومدى انتشاره في الجسم.

- خيارات العلاج الرئيسية في حالة اللمفومة اللاهودجكينية:

- العلاج الكيميائي (Chemotherapy)، وهنا يتم استخدام أدوية وعناصر معينة لقتل الخلايا السرطانية.

- العلاج بالأشعة (Radiation therapy)، يستخدم هذا النوع من العلاج أشعة مرتفعة الطاقة يتم توجيهها لتدمير الخلايا السرطانية.

- المعالجة المناعية (Immunotherapy)، يعتمد هذا النوع من التقنيات العلاجية على مناعة الجسم الذاتية ويستغلها لتقوم ذاتياً بمهاجمة خلايا السرطان.

- خيارات العلاج الرئيسية في حالة اللمفومة الهودجكينية:

- العلاج الكيميائي.

- العلاج بالأشعة.

إذا لم تنفع أي من هذه العلاجات (اقرأ: احتمال الحمل بعد الخضوع للعلاج الكيميائي)، قد يتم اللجوء لتقنيات مثل زراعة الخلايا الجذعية (Stem cell transplant). إذا أنه بعد الخضوع للعلاج الكيميائي خاصة بجرعات عالية، قد يتم قتل وتدمير الخلايا السرطانية ومعها قد تقتل نسبة كبيرة من الخلايا الجذعية في نخاع العظم المسؤولة عن تصنيع خلايا دم جديدة. لذا، يحصل المريض على زراعة للخلايا الجذعية، لتعويض ذلك، وهناك نوعان من عملية زراعة الخلايا الجذعية:

- زراعة خلايا جذعية ذاتية (autologous)، يتم فيها استخدام خلايا جذعية من المريض ذاته.

- زراعة خلايا جذعية خارجية (allogeneic)، يتم فيها استخدام خلايا جذعية من متبرع.

- المتابعة والشفاء

قد يسبب العلاج المتبع في حالة سرطان الغدد اللمفاوية بعض الأعراض الجانبية. لذا احرص على متابعة حالتك باستمرار مع الطبيب المتابع لحالتك. كما قد ينصحك الطبيب ببعض التغييرات في نمط حياتك اليومية التي قد تساعدك أثناء العلاج وبعده لتكون في أفضل حال، وقد يحتاج الأمر منك استشارة اختصاصي تغذية ليضع لك نظاماً غذائياً وحمية تناسبك. كما أن ممارسة رياضات مثل المشي والسباحة قد يساعدك على التخلص من التعب والإرهاق الذي ستشعر به أثناء فترة العلاج وبعدها.

36. نهاية مرحلة المرض الكلوي (End-Stage Kidney Disease) :

هو مرض الكلى و لكن في مراحله النهائية (تدمير أكثر من 90% من الكليتين). من أعراضه: عدم القدرة على التبول، الصداع، تغير في لون الجلد، العطش المفرط، و تورم في الساقين واليدين.

ويمكن التعرف على تفاصيل المرض مع المرض رقم 31 في كتابنا 31. مرض الكلى المزمن (Chronic Kidney Disease) .

37. دراق جريفز (Graves' Disease) :

مرض جريفز هو مرض من أمراض خلل المناعة الذاتية الذى يصيب الغدة الدرقية، ويسبب فرط نشاط الغدة الدرقية، ويعتبر من أكثر أنواع فرط نشاط الغدة الدرقية انتشاراً. ويصيب الرجال والسيدات، لكنه أكثر انتشاراً في السيدات، وعادة يبدأ عند سن العشرين عاما.

وترجع تسمية المرض بهذا الاسم إلى اسم الطبيب الأيرلندي روبرت جريفز Robert Graves الذى كان أول من قام بوصف المرض منذ ١٥٠ عاما تقريبا.

هناك عدد من الأسباب له، فمرض جريفز يحدث نتيجة خلل في جهاز مناعة الجسم :

عادة يقوم جهاز المناعة بالحماية من أي أجسام غريبة تدخل الجسم مثل البكتريا والفيروسات، ويتم ذلك عن طريق تكوين جهاز المناعة لأجسام مضادة عن طريق نوع من خلايا الدم تسمى الخلايا الليمفاوية، فتقوم تلك الأجسام المضادة بمهاجمة الأجسام الغريبة، وتدميرها، والقضاء عليها.

وفى بعض الأحيان يحدث خلل في جهاز المناعة، فتبدأ الخلايا الليمفاوية تكوين أجسام مضادة تهاجم أنسجة الجسم وتدمرها، وهذا ما يحدث في حالة مرض جريفز، حيث تقوم الأجسام المضادة بالإمساك في سطح خلايا الغدة الدرقية، وتقوم بتحفيزها كي تنتج كمية كبيرة من هرمونات الثايرويد (هرمونات الغدة الدرقية)، ويؤدى ذلك إلى فرط نشاط الغدة الدرقية، وقد وجد أن ذلك الخلل في جهاز المناعة والإصابة بمرض جريفز يكون غالبا بعد التعرض لتوتر وضغط عصبي شديد.

الأعراض:

١- أعراض فرط النشاط الدرقي:

- تضخم الغدة الدرقية
- الأرق والتوتر العصبي
- التعب وصعوبة النوم
- نقص الوزن بالرغم من زيادة الشهية للطعام
- عرق غزير
- وجود رعشة في اليدين أو الأصابع
- دفء ورطوبة الأيدي
- ضعف وسقوط الشعر
- سهولة تقصف الأظافر
- الحساسية الزائدة للحرارة
- زيادة عدد ضربات القلب، وزيادة النبض إلى أكثر من 90 نبضة في الدقيقة.

٢- أعراض العينين:

في كثير من الحالات يحدث جحوظ العين (بروز العين)، ويكون ذلك نتيجة تورم الأنسجة والعضلات وراء مقلة العين فتتحرك مقلة العين إلى الأمام، ويُصاب المريض بجحوظ العينين.

- تدميع العين
- الشعور بحبيبات غريبة بالعين (كأن حبيبات رمل بالعين)
- الحساسية الزائدة للضوء

في الحالات الشديدة:

- قرح بالقرنية
- ازدواج الرؤية
- حركة العين تصبح محدودة
- زغللة بالعين أو ضعف النظر
- عادة تحدث مشاكل العين 6 شهور قبل أو بعد تشخيص مرض جريفز، وتكون أكثر انتشاراً في المرضى المدخنين.
- وفى بعض الحالات تكون مشاكل العين هي العلامة الأولى لمرض جريفز.

٣- الأعراض الجلدية:

في حالات نادرة يحدث إحمرار وزيادة في سمك جزء من جلد الساق عند أسفل الركبة pretibial myxedema وعند قمة القدم، ومازال السبب في ذلك غير معروف.

الفحوصات والتحاليل للتشخيص:

- قياس نسبة هرمونات الثايرويد (هرمونات الغدة الدرقية) T3 and T4

- قياس نسبة الهرمون المحفز للدرقية Thyroid Stimulating Hormone - TSH

- بعض الأحيان يتم عمل صورة أشعة للغدة الدرقية باستخدام مادة مشعة

- اختبار دم لتأكيد وجود الأجسام المضادة المحفزة للغدة الدرقية بالدم (Thyroid-stimulating antibodies) (TSAb).

العلاج:

لا يوجد علاج يوقف جهاز المناعة عن تكوين لأجسام المضادة المسببة لمرض جريفز. ويتمثل العلاج في التحكم في أعراض المرض عن طريق تقليل إنتاج هرمون الثايرويد (الهرمون الدرقي) أو منع عمله.

يتضمن العلاج الآتي:

- مغلقات البيتا Beta blockers:

و هي عبارة عن أدوية لا تمنع إنتاج كمية كبيرة من الهرمون الدرقي، لكنها تقوم بمنع بعض من عمل الهرمون الدرقي، وبذلك تمنع بعض أعراض المرض مثل زيادة ضربات القلب، رعشة اليدين، والتوتر.

ومثال تلك الأدوية البروبرانولول propranolol، الأتينولول atenolol، وعادة يتم استخدام تلك الأدوية بجانب أنواع أخرى من الأدوية.

- أدوية مضادة للثايرويد Anti-thyroid medications:

تقوم تلك الأدوية بمنع الغدة الدرقية من إنتاج كمية زائدة من الهرمون الدرقى، عادة يستمر العلاج بها لمدة عام على الأقل، وغالبا يتم استخدامها بجانب العلاج باليود المشع أو الجراحة.

- العلاج باليود المشع Radioactive iodine treatment:

كي يتم تصنيع الهرمون الدرقي يحتاج الجسم إلى استخدام اليود، فيتم إعطاء المريض اليود المشع حتى يتجمع بالغدة الدرقية، وبعد ذلك يبدأ في القضاء على خلايا الغدة الدرقية العالية النشاط، والتي تؤدى إلى إنتاج كمية كبيرة من هرمون الثايرويد، ويؤدى ذلك إلى انكماش الغدة الدرقية، والتخلص من أعراض المرض تدريجيا خلال بضع أسابيع أو شهور، وحيث إن العلاج باليود المشع يؤدى إلى هبوط نشاط الغدة الدرقية، لذلك يحتاج المريض بعد ذلك إلى تناول أقراص الثايروكسين لإمداد

الجسم بالكمية الطبيعية من الهرمون الدرقي، أحيانا يؤدى العلاج باليود المشع إلى ظهور أو زيادة جحوظ العين، لكن غالبا يكون ذلك بسيط ومؤقت. لذلك في بعض الحالات التي تكون فيها درجة جحوظ العين شديدة لا ينصح باستخدام العلاج باليود المشع.

- أما عن الجراحة Surgery

يعتبر إجراء جراحة لاستئصال الغدة الدرقية، أحد خيارات علاج مرض جريفز في حالة عدم القدرة على استخدام الأدوية السابقة، بعد الجراحة يحتاج المريض إلى تناول أقراص الثايروكسين لإمداد الجسم بالكمية الطبيعية من الهرمون الدرقي.

- علاج جحوظ العين:

استخدام قطرة دموع صناعية أثناء النهار، وجيل للعين أثناء الليل للوقاية من جفاف العين.

وفى الحالات الشديدة قد يصف الطبيب بعض أنواع الكورتيزون لتقليل التورم والانتفاخ وراء العين، وعلى المريض إتباع بعض الإرشادات البسيطة، وهى:

- استخدام كمادات باردة على العين
- ارتداء نظارة شمس للوقاية من أشعة الشمس أثناء النهار
- استخدام وسادة مرتفعة للرأس أثناء النوم كى يكون مستوى الرأس أعلى من باقي الجسم أثناء النوم

وعن علاج الأعراض الجلدية:

في حالة إصابة الجلد يتم استخدام كريم يحتوى على الكورتيزون لتقليل التورم والالتهاب.

38. **التليف الرئوي** (Pulmonary Fibrosis) :

يعتبر التليف الرئوي من الأمراض المزمنة والتي تشهد تزايد ملحوظ في السنوات الأخيرة، حتى تتخيل حجم المعاناة اليومية لمريض التليف الرئوي، تخيل أن أحدهم جلب قطعة مطاطية كبيرة، وقام بلفها عدة مرات حول صدرك، لدرجة تمنعك من اخذ نفس عميق.

للأسف هذا الألم وهذه المعاناة التي ربما حتى تخيلها هو مؤذي، هي الروتين اليومي لمرضى التليف الرئوي.

ما هو التليف الرئوي؟

يعرف التليف الرئوي بأنه مرض الندبات والجروح في النسيج الرئوي.

يشمل التليف الرئوي ما يتجاوز الـ 200 حالة طبية او مرض كلها يطلق عليها اسم التليف الرئوي، يتم تقسيمها وتصنيفها بحسب الأسباب والأعراض الخاصة بها.

عادة ما يستجيب النسيج الرئوي للمؤثرات والعوامل الخارجية التي تؤدي إلى جروح بسيطة في هذا النسيج بعملية التئام محدودة، دون التأثير على الأنسجة المجاورة للنسيج المصاب.

في التليف الرئوي يحدث خلل في عملية التئام الجروح يؤدي الى مبالغة في عملية الالتئام، مما يؤدي الى تكوين الالياف والندبات في هذا النسيج، تكرار هذه العملية ينتج عنه زيادة تدريجية في نسبة النسيج المتليف. هذا النسيج لا يمكنه تبادل الأكسجين مع الدم، ليس ذلك فحسب، فهو أيضا يقلل من مرونة الرئة ويعمل على تقييدها ومنعها من الانتفاخ والحركة بحرية خلال الدورة التنفسية.

أسباب التليف الرئوي :

معرفة أسباب التليف الرئوي هي مهمة ليست بالسهلة، أشهر نوع من انواع التليف الرئوي ما زال غير معروف السبب الى يومنا هذا، لذلك يطلق عليه اسم التليف الرئوي مجهول السبب(Idiopathic Pulmonary) Fibrosis).

من الأسباب الاخرى للتليف الرئوي:

- الأمراض المناعية؛ نتيجة خلل مناعي ما، يقوم الجسم بمهاجمة نسيج الرئة مما يسبب الالتهاب والندبات في هذا النسيج، من هذه الأمراض المناعية الروماتيزم ومرض تصلب الجلد (Scleroderma).

- التعرض للغبار الصناعي: مثل الاسبيستوس والسيليكا.

- بعض انواع الأدوية مثل ادوية القلب: Amiodarone، او بعض المضادات الحيوية Sulfasalazine.

أعراض التليف الرئوي :

أهم الأعراض وأكثرها إزعاجاً هو ضيق النفس، هذه الأعراض تظهر متاخرة عادة، وتدل ان الاذى الذي لحق بالرئة قد يصعب اصلاحه، في البداية ضيق النفس قد يكون مصاحبا للأنشطة الرياضية وبذل المجهود، مع مرور الوقت وتقدم المرض، ضيق التنفس قد يحدث حتى في وقت الراحة.

من الأعراض الاخرى التي نلاحظها في حالة التليف الرئوي هي تحدب الاظافر Fingers Clubbing، التي تنتج من النقص المزمن في نسبة الأكسجين في الدم، مما يؤدي الى زيادة في سمك الأنسجة تحت الاظافر.

تشخيص التليف الرئوي :

يعتبر تشخيص التليف الرئوي تحد طبي، فاغلب المرضى يلجأون الى الطبيب في مراحل متقدمة، تحديد نوع وسبب التليف الرئوي ان أمكن هو امر في غاية الأهمية، مناقشة الطبيب بالتاريخ المرضي والمفصل، وإجراء للفحص السرير الكامل هو اول خطوة في الطريق الصحيح لتشخيص هذا المرض.

من الفحوصات التي قد يطلبها طبيبك حتى يتمكن من تشخيصك:

- صورة طبقية للرئة عالية الدقة - HRCT: تتمكن هذه الصورة من التشخيص الدقيق لمعظم حالات التليف الرئوي حتى في المراحل المبكرة، كما يمكنها تحديد مدى تقدم هذه الحالة، او تقييم الاستجابة لعلاج معين.
- فحص وظائف الرئة.
- فحص غازات الدم.
- فحص منظار القصبات الهوائية مع إمكانية اخذ عينة من الأنسجة.
- أخذ عينة جراحية من النسيج الرئوي: يلجأ اليها جراح الرئة في الحالات التي يستعصي تشخيصها.

علاج التليف الرئوي :

للأسف حتى يومنا هذا لا يوجد علاج ناجع وفعال لحالات التليف الرئوي، مجرد ان تحدث الندبات في النسيج الرئوي فاصلاحها امر صعب، الا انه يوجد العديد من الخيارات الجراحية التي تساهم في تحسين الأعراض، وبالتالي الحد من وطأة هذا المرض.

أهم خطوة من خطوات العلاج هي تجنب المسبب، يجب التوقف عن التدخين فوزاً، والابتعاد عن مصادر التلوث مثل الغبار الصناعي في العمل، واظب على التمارين الرياضية والتمارين التنفسية، تجنب زيادة الوزن وعالج الارتجاع المريئي فهو من أهم أسباب التليف الرئوي.

وينصح بإعطاء مريض التليف الرئوي لقاح الانفلونزا سنوياً.

الأدوية:

- الكورتيزون: يعمل على تثبيط جهاز المناعة مما يؤدي الى تقليل الالتهاب وفرصة تكون الندبات.

- بعض أدوية العلاج الكيماوي: مثل ال Cyclophosphamide

- الأدوية مثبطة المناعة من ال Imuran

- الأكسجين البيتي:

هو احد اهم أركان العلاج، وهو إلزامي في المراحل المتقدمة من المرض، الحفاظ على نسبة طبيعية من الأكسجين في الدم تؤدي الى تخفيف المعاناة اليومية للمريض وستساعده على القيام بالأنشطة اليومية اللازمة.

- زراعة الرئة:

هو الخيار النهائي والحل الجذري للمشكلة، الا ان شروطه ومتطلباته تحد من فاعليته، فإجراء زراعة الرئة يتطلب مراكز طبية على درجة عالية من الجاهزية، ويتطلب شروط معينة في المريض مثل الخلو من الأمراض الاخرى الخطيرة والالتزام بالنصائح الطبية. كما ان قوائم الانتظار لعمليات زراعة الرئة هي قوائم طويلة وتحتوي على العديد من المرضى.

هل مرض التليف الرئوي هو مرض وراثي؟

مرض التليف الرئوي لا ينتقل بالوراثة، الا ان الابحاث اثبتت ان 10-15% من مرض التليف الرئوي يوجد لهم فرد اخر من العائلة مصاب بنفس المرض.

ويجري حاليا العديد من الابحاث والدراسات لتمكن الاطباء من فهم اكبر للحالة الجينية لهذا المرض.

39. اضطرابات نظم دقات القلب البطيني (Multifocal Atrial Tachycardia):

عندما ينبض البطينان ثلاث نبضات أو أكثر بسرعة تزيد عن 100 نبضة في الدقيقة، فإن هذه الظاهرة تُعرف باسم تَسَرُّعُ القَلْبِ البُطَينِيّ (Ventricular tachycardia).

يمكن لتسرّع القلب البطيني أن يحدث حتى في حال انعدام أي مرض من أمراض القلب، لكنه أوسع انتشاراً عند الأشخاص المصابين بأمراض قلبية. وقد ينشأ كأحد التعقيدات، السابقة أو اللاحقة، لبعض الأمراض القلبية، مثل: احتشاء عضل القلب (Myocardial infarction), اعتلال عضلة القلب (Cardiomyopathy), مرض في أحد صمامات القلب, التهاب في القلب, التهاب عضل القلب (Myocarditis) وبعد إجراء عملية جراحية في القلب.

وقد تنشأ ظاهرة تسرّع القلب البطيني، أيضا، كواحد من الأعراض الجانبية لتعاطي أدوية لمعالجة أمراض أو اعتلالات مثل: اضطراب النَّظْم (حالة تؤدي إلى تغيير في نظم ضربات القلب عن الحالة السوية المنتظمة - Arrhythmia), انخفاض مستوى البوتاسيوم في الدم, اختلال التوازن الحامضي – القاعديّ في الجسم والأكسدة غير السليمة.

الآلية الأكثر انتشارا لحدوث التسرع البطيني هي تلك المعروفة بـ "عودة الدخول" (الدخول من جديد، أو الدخول المُجَدَّد - Re-entry) والتي تعني نشوء محفز متجدد للدورة الكهربائية، نتيجة تحفيز أولي منفرد.

يتم تصنيف تسرّع القلب البطينيّ وفق المقاييس التالية:

طبقا لطول فترة التسرّع:

أ. تسرّع بطيني غير متواصل (Non - sustained VT) ويعرّف بأنه التسرّع الذي يستمر حتى 30 ثانيه.

ب تسرّع بطيني متواصل – التسرع الذي يستمر لمدة تزيد عن 30 ثانية.

طبقا للشكل العام لـمرَكَّب كيو. آر. إس (QRS) في مخطط كهربية القلب (EKG) وقت حدوث التسرّع:

أ. تسرّع بطيني أحاديّ الشكل (Monomorphic VT).

ب. تسرّع بطيني متعدد الأشكال (Polymorphic VT)، أي إن له شكلين أو أكثر لمركّب QRS العام في مخطط كهربية القلب.

ج طبقا للمرض القلبيّ الأساسي:

أ. تسرّع بطيني ناتج عن حالة إقفارِيَّة (إقفار، أو: نقص التَّروِيَة - Ischemia) في عضل القلب (Ischemic VT).

ب. تسرّع بطيني غير ناتج عن حالة إقفارية (Non-ischemic VT).

وقد يحدث تسرّع بطينيّ هو مزيج من تراكيب الأصناف المختلفة المذكورة.

فقد يظهر تسرّع بطينيّ متواصل, ناجم عن حادث إقفاريّ ومتعدد الأشكال، كما قد تظهر تسرعات بطينية أخرى هي مزيج من تراكيب أخرى.

تسرّع القلب البطينيّ الإقفاريّ (Ischemic VT):

الإقفار (أو: نقص التروية - Ischemia) على مستوى الخلية يؤثر كثيرا على قدرة الخلية على النشاط والعمل، كما على دَوْر الجِران (Refractory period) الخاص بالخلايا. وإضافة إلى ذلك، فعند حدوث احتشاء (infraction), تنشأ حالة يتم فيها امتزاج أنسجة سليمة بأنسجة مصابة جراء الاحتشاء. وتشكل هذه التغيرات أرضية خصبة ومواتية لحدوث آلية الدخول من جديد (Reentry) ومن ثم حصول التسرّع البطينيّ.

التسرع البطيني الإقفاريّ يكون، في الغالب، متعدد الأشكال (Polymorphic VT). ويتعلق احتمال حدوث التسرّع، بصورة طردية، بحجم الاحتشاء. ويُعتبر النشاط الانقباضيّ في البطين الأيسر، عمليا، المقياس الأفضل للتنبؤ باحتمال حدوث موت مفاجئ نتيجة لاضطراب النَّظْم لدى هؤلاء المرضى.

يشمل تسرع القلب البطيني الإقفاريّ نطاقا واسعا من أنواع التسرّع البطيني منها:

1. تسرع بطيني مجهول السبب (Idiopatic VT): يحدث هذا التسرّع في قلب سليم ومعافى، ويشمل:

أ. تسرّع منشأه في البطين الأيمن (RVOT), وهو أحاديّ الشكل، عادة، تركيبته من نوع (LBBB) مع محور سفلي يميني. والعلاج الأكثر نجاعة لهذا النوع من التسرّع هو علاج الجَذ (Ablation) بالموجات الراديوية في مخرج البطين الأيمن.

ب. تسرّع بطينيّ في البطين الأيسر: (LVOT وهو أحادي الشكل، عادة، وتركيبته (RBBB) مع محور علوي. ويتميز هذا النوع باستجابته للمعالجة بالأدوية التي تندرج في مجموعة حاصرات قنوات الكالسيوم مثل الفيراباميل (verapamil). كما يمكن معالجته بالجَذ بالموجات الراديوية.

2. تسرّع بطينيّ على خلفية مرض اعتلال عضلة القلب التوسعي (Dilated cardiomyopathy - DCM) ومرض اعتلال عضلة القلب المتراكز (Hypertrophic cardiomyopathy – HCM).

أ. DCM: المصابون بهذا المرض أكثر عرضة للإصابة بتسرع القلب البطيني, لكن ليس من الصعب جدا التنبؤ أيّهم أكثر عرضة للإصابة باضطراب النَّظْم (Arrhythmia).

ب. (HCM): عند المصابين بهذا المرض يكون التسرع البطيني مصحوبا بتضخم ملحوظ في جدران عضلة القلب، سوية مع علامات قريبة من الإغماء. قد تشير حالات الموت المفاجئ السابقة في عائلات المصابين وظهور تسرع بطيني غير دائم لديهم في تسجيل مِرقاب هولتر, إلى احتمال متزايد للموت المفاجئ لدى هؤلاء المرضى. وقد ثبت إن العلاج بالأميودارون (دواء لمعالجة اضطرابات النظم القلبي - AMIODARONE) هو علاج ناجع، وكذلك أيضا النَّظْم القلبي. كما تشير التجارب إلى إن زرع جهاز مزيل الرجفان الآلي (Automated Defibrillator) أثبت نجاعة كبيرة في معالجة هؤلاء المرضى.

3. تسرّع بطينيّ مُحْدَث بالأدوية (Drug induced VT): قد يسبب تناول أنواع معينة من الأدوية نشوء تسرعا بطينيا أحادي الشكل أو متعدد الأشكال، خاصة لدى الذين يعانون من أمراض قلب إقفارية أو الذين أصيبوا باحتشاء عضل القلب. الأدوية من المجموعات الدوائية التالية قد تساهم في نشوء التسرع البطيني: مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic antidepressants)، الكحول, النيكوتين والكوكائين. بالمقابل قد تقلل الكثير من الأدوية المضادة لاضطرابات نظم القلب ظاهرة التسرع البطيني، لكنها قد تزيد من خطر الموت المفاجئ.

4. من الحالات الأخرى التي قد تؤدي إلى لإصابة بالتسرع البطيني، والتي لا تنشأ على خلفية أمراض إقفارية: أمراض التهابات عضل القلب, أمراض تلوثية في عضل القلب, أمراض في بنية عضل القلب, متلازمة QT الطويلة ومتلازمة بروغادا (Brugada Syndrome).

أعراض تسرع القلب البطيني :

هنالك مجموعة مختلفة من الأعراض التي قد تظهر لدى الإصابة بهذا المرض. تتعلق هذه الأعراض بوتيرة التسرّع، بنوع المرض القلبيّ الأساسي وبحالة المريض الصحية عامّة. بعض المصابين بهذا المرض قد لا تظهر لديهم أية علامات أو أعراض، بينما قد تظهر لدى آخرين منهم أعراض طفيفة، فيما قد تكون لدى آخرين حادة جدا, إلى درجة فقدان الوعي وحتى الموت المفاجئ.

تشخيص تسرع القلب البطيني :

يتم تشخيص التسرّع البطيني بتسجيل مُخَطَّط كهربيّة القلب (- Electrocardiogram ECG/EKG), بتسجيل مِرقاب هولتر (Holter monitor), بتسجيل توثيقي للأحداث القلبية وبإجراء اختبار الفِيزْيُولُوجْيا الكَهْرَبِيَّة للقلب (Cardiac Electrophysiology study).

علاج تسرع القلب البطيني :

تختلف طرق العلاج طبقا لاختلاف الأعراض واختلاف المرض القلبي الأساسي. قد يشكل التسرع البطيني أحيانا حالة طوارئ تستدعي الإنعاش (Resuscitation), استخدام الصدمة الكهربائية, أو حقن المريض وريديا بأدوية مضادة لاضطرابات نظم القلب.

أما العلاج الطويل المدى فيشمل أدوية مضادة لاضطرابات نظم القلب كالأيمودارون, سوتلول أو الأدوية من مجموعة حاصرات بيتا. إلا إن بعضا من هذه الأدوية تثير أعراضا جانبية مقلقه, لذا يتضاءل استعمالها في الآونة الأخيرة.
تتم معالجة بعض أنواع التسرع البطينيّ بواسطة الجذّ (Ablation), باستعمال الموجات الراديوية. ويعد هذا العلاج الأنجع الذي يؤدي إلى الشفاء. أما العلاج المفضل في السنوات الأخيرة، في العديد من حالات التسرع البطيني، فهو زرع جهاز مزيل الرجفان الآلي (Automated Defibrillator) في الصدر. وهو جهاز متطور يراقب نظم القلب بصورة جارية وذو قدرة على كشف التسرع البطيني لحظة حدوثه. ويكون العلاج كهربائيا بواسطة الصدمة الكهربائية بغية وقف التسرع البطيني والعلاج الدوائي بغية تقليل احتمال حدوثه.

40. قصور الغدة النخامية (Hypopituitarism) :

قُصُورُ النُّخامِيَّة هو من أحد الإعتلالات التي تصيب الغدة النخامية (التي تقع في قاعدة الدماغ) والذي بدوره يؤثر على قدرتها الإنتاجية في إفراز هرموناتها التي يحتاجها الجسم لقيامه بوظائفه الحيوية اليومية . الغده النخامية تقوم بالسيطرة على مجموعة كبيرة من الهرمونات وقصور هذه الغدة قد يؤثر على احد هذه الهرمونات أو مجموعة منها أو كلها مجتمعة وعليه تختلف أعراض الأصابة بها تبعا للهرمون المتأثر بذلك وتلك الهرمونات هي :

- الهرمون الموجه لقشرة الكظر (Adrenocorticotropic hormone (ACTH) الذي يحفز الغدة الدرقية على افراز هرمون الكورتزون .
- هرمون المانع لإدرار البول والذي يؤثر على الكلى ومقدرتها الامتصاصية للماء والإملاح
- هرمون المحفز للإباضة والذي له دور كبير في خصوبة الإنثى وقدرتها الإنجابية وكذلك هرمون (Luteinizing hormone (LH)
- هرمون النمو .
- هرمون الأكستوسين الذي له دور في الولادة وإفراز حليب الأم بعد الولادة .
- هرمون المحفز لهرمونات الدرقية وله دور كبير في نمو الجسم .

من الأسباب المعروفة و التي قد تؤدي للإصابة بقُصُورُ النُّخامِيَّة:

- الإصابة بسرطان الغده النخامية أو سرطانات دماغية بشكل عام
- الاورام الحميدة في الغدة النخامية
- الاصابة بالسكتة
- إجراء جراحة الدماغ قد تؤثر على نسيج الغدة النخامية
- التهاب الانسجة الدماغية كمرض التهاب السحايا
- الإصابة بأمراض الجهاز المناعي
- الاضطرابات الجينية المرتبطة بقصور نشاط الغدة النخامية
- حدوث نزف في أثناء الولادة
- الإصابة بمرض السل الرئوي
- اصابة الدماغ بضربة قوية اثر حادث سير
- جراحة الدماغ
- التهاب الدماغ

تظهر علامات وأعراض الإصابة بهذا المرض تبعا لنوع الهرمون المتأثر وغاليا ما تكون على النحو التالي:

- التعب والضعف العام
- فقدان الوزن المصاحب لفقدان الشهية علماً انه من الممكن حدوث العكس
- الإصابة بفقر الدم
- اختلال القدرة الانجابية وحدوث العقم أحياناً
- زيادة الحساسية لدرجات الحرارة المنخفضة
- قصر القامة وعدم انتظام النمو عند الأطفال
- انخفاض ضغط الدم غير المفسر
- عدم انتظام دوره الحيض للإناث البالغات
- اضطرابات الرؤية وعدم وضوحها
- اختلال الرغبة الجنسية وعدم الرغبة بممارسة الجماع
- نقص شعر الوجه والجسم عند الذكور
- تصلب المفاصل
- الإعياء و التعب
- فقد الشهية و فقدان الوزن
- قصر القامة عند الأطفال في حال تأثر إفراز هرمون النمو
- تعذر انتاج الحليب عند الام المُرضعة

قد يلجأ الطبيب إلى التدابير التالية لتشخيص هذا المرض:

تحليل عينة الدم وقياس تراكيز هرمونات الغدة النخامية كالهرمون المحفز الغدة الدرقية , الهرمونات الكظرية (ACTH) و الكورتيزول) و الهرمونات الجنسية (الاستروجين والتستوستيرون) وهرمون الحليب البرولاكتين وهرمونات LH وهرمون FSH

- التصوير المقطعي المحوسب (CT)
- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)
- التصوير الاشعاعي (X-ray) لعظام الأطفال لتحديد سلامة النمو العظمي
- فحص النظر لتحديد مدى تأثير الورم النخامي على العصب البصري

علاج قصور الغدة النخامية :

من الإجراءات العلاجية المتبعة للمرض:

- استخدام العلاجات الدوائية الهرمونية
- التدخل الجراحي لتصحيح مظهر ووظيفة الأعضاء التناسلية
- التدخل الجراحي لعلاج الأورام السرطانية في حال وجودها
- قد يكون العلاج الإشعاعي مفيد في بعض الأحيان

41. التهاب البنكرياس المزمن (Chronic Pancreatitis) :

المُعَثْكِلَة، والمعروفة باسم البنكرياس (Pancreas)، هي غدة تقع خلف المعدة وبجانب الاثني عشر (الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة).

للبنكرياس وظيفتان:

1. إفراز إنزيمات هضمية قوية الفاعلية إلى داخل الأمعاء الدقيقة تساعد على هضم الكربوهيدرات, البروتينات والدهون.

2. إطلاق هرمونيّ الأنْسولين (Insulin) والغلوكاغون (Glucagon) إلى مجرى الدم. هذان الهرمونان مسؤولان عن معالجة السكريات داخل مجرى الدم ويقومان بتنظيم عملية تخزين الطعام في الجسم واستخدامه لاحقاً لإنتاج الطاقة.

الضرر الناجم عن الإصابة بالتهابات البنكرياس يحدث عندما يصبح هذان الإنزيمان فاعلين قبل أن يتم إطلاقهما إلى الأمعاء الدقيقة فيقومان، بالتالي، بمهاجمة أنسجة البنكرياس ذاته.

هنالك نوعان من التهاب البنكرياس: الالتهاب الحاد والالتهاب المزمن :

التهاب البنكرياس الحاد (Acute pancreatitis):

تنشأ التهابات البنكرياس الحادة وتتطور خلال مدة زمنية قصيرة. قد يتفاقم التهاب البنكرياس إلى هذه الدرجة، في معظم الحالات، بسبب تكوّن حصى في كيس المرارة أو عند تناول المشروبات الكحولية بإفراط. من بين المسببات الأخرى للإصابة بهذا النوع من الالتهاب: تناول الأدوية, التعرض للتلوثات, التعرض للإصابات, حدوث اختلال في عملية الأيض (الاستقلاب - Metabolism) في الجسم أو نتيجة الخضوع لعملية جراحية.

التهاب البنكرياس المزمن (Chronic pancreatitis):

يحدث الالتهاب المزمن في البنكرياس، غالبا، في أعقاب التهاب حاد في البنكرياس أو نتيجة لالتهاب مستمر في البنكرياس. أكثر من 70% من حالات التهاب البنكرياس المزمن تظهر نتيجة لتناول المشروبات الكحولية بإفراط ولفترة طويلة من الزمن. من بين المسببات الأخرى، الأقل انتشاراً، وجود اضطرابات في عملية الأيض (الاستقلاب) في الجسم.

أعراض التهاب البنكرياس :

الأعراض التي تدل على الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد والمزمن:

- آلام حادة في أعلى البطن تشعّ باتجاه الظهر. قد يصف المريض هذه الآلام بأنها شعور بالوخز يشتد عند تناول الطعام، وعلى وجه الخصوص عند تناول أطعمة غنية بالدهنيات.
- الانتفاخ والحساسية في تجويف البطن.

- الشعور بالغثيان والقيء.
- الحمى.
- تسرّع القلب (Tachycardia).

أسباب وعوامل خطر التهاب البنكرياس :

غالباً ما يكون سبب الإصابة بالتهابات البنكرياس الحادة وجود حصى في كيس المرارة أو الإفراط في تناول المشروبات الكحولية. من بين المسببات الأخرى التي يمكن أن تسبب الإصابة بالالتهاب الحاد: تناول الأدوية, اختلال توازن دهنيات الدم (ثلاثي الغليسيريد - Triglyceride), التلوثات, الخضوع لعملية جراحية أو التعرض لإصابة في تجويف البطن. لدى 10% - 15% من الأشخاص الذين يصابون بالتهاب حاد في البنكرياس لا يتم الكشف عن المسبب الحقيقي الدقيق للمرض.

أما لدى الأشخاص الذين يصابون بالتهاب البنكرياس المزمن فإن العامل المسبب الرئيسي هو الإفراط في تناول المشروبات الكحولية خلال فترة زمنية طويلة، الأمر الذي يسبب ضررا في البنكرياس وتندّبه. في حالات أخرى، قد تكون العوامل المسببة لالتهاب البنكرياس المزمن: اضطرابات في عملية الأيض, على خلفية وراثية، وقد لا تكون معروفة، إطلاقا، في أحيان أخرى.

قد تحدث الإصابة بالتهاب البنكرياس لدى أي إنسان, إلّا أنها تنتشر بشكل خاص لدى مجموعات معينة من الناس يعتبرون أكثر عرضة لخطر الإصابة.

اسباب التهاب البنكرياس الحاد تشمل:

- الحصى في كيس المرارة.

- فرط تناول المشروبات الكحولية.

- قد تشكل الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد العلامة الأولية على وجود الحصى في كيس المرارة. العلاقة ما بين الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد وبين وجود الحصى في المرارة مصدرها القناة المشتركة، من الناحية التشريحية، بين البنكرياس والمرارة. هذه القناة هي المسؤولة عن نزح (تصريف السوائل) البنكرياس والمرارة وتعرف باسم "الأمبوله" (ampulla) أو "الحليمة الإثناعشرية الكبيرة" (Major duodenal papilla).

فقد يحدث، أحيانا، انسداد في داخل هذه القناة يمنع عبور حصى كيس المرارة، مما يسبب خللا في عمل قناة البنكرياس، الأمر الذي يسبب في منتهى الأمر تكوّن الالتهاب الحاد في البنكرياس.

من بين عوامل الخطر التي قد تسبب ظهور الالتهاب المزمن في البنكرياس:

الإفراط في تناول المشروبات الكحولية على مدى فترة طويلة من الزمن.

الرجال أكثر عرضة من النساء للإصابة بحالات الالتهاب المزمن في البنكرياس، وخاصة الرجال في سن 35 - 40 عاما. لكن هذا لا يعني أن النساء لا يصبن بهذا النوع من الالتهاب.

تشخيص التهاب البنكرياس :

من أجل تشخيص التهاب البنكرياس، يتم إجراء الفحوصات التالية:

- فحص دم أداء البنكرياس
- اختبار تحمّل الغلوكوز (GTT - glucose tolerance test)
- التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasound)
- التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography – CT)
- تنظير قنوات المرارة والبنكرياس باستخدام تقنية "تصوير البنكرياس بالتنظير الباطني بالطريق الراجع – ECRP"
- تخطيط الصدى بالتنظير الداخلي (EUS - Endoscopic ultrasonography)

علاج التهاب البنكرياس :

يتم علاج التهاب البنكرياس الحاد، بدايةً، في المستشفى، إذ يتم إعطاء المريض أدوية عن طريق التسريب الوريدي (infusion)، بالإضافة إلى أدوية مسكنة للآلام. في 20 % من الحالات تكون هنالك حاجة إلى معالجة الالتهاب الحاد في قسم العناية المشددة.

في قسم العناية المشددة تتوفر أجهزة للرصد والمراقبة اللصيقة للمريض خلال تلقيه العلاج، إذ أن التهاب البنكرياس الحاد قد يسبب أضرارا في القلب, في الرئتين وفي الكليتين. بعض الحالات الأشد حدة وخطورة من الالتهاب الحاد في البنكرياس قد تسبب تلف وموت أنسجة البنكرياس (النخر - pancreatic necrosis). وفي بعض الحالات الحادة والخطيرة للغاية قد يتم إجراء عملية جراحية لاستئصال الأنسجة المصابة في حال تطور التهاب ثانوي.

النوبة الحادة من التهابات البنكرياس تستمر، عادة، أياما معدودة فقط، طالما لم تحدث مضاعفات تتمثل، أساسا، بموت أنسجة البنكرياس أو تراكم السوائل داخل البنكرياس، أو حوله. قد يصاب المريض عادة بنوبة حادة من التهابات البنكرياس نتيجة وجود الحصى في كيس المرارة، مما يستوجب، غالبا، استئصال كيس المرارة أو إجراء تنظير داخلي في قنيات كيس المرارة. بعد إزالة الحصى من كيس المرارة يخف الالتهاب، عادة، ويعود البنكرياس إلى شكله الطبيعي.

العملية الجراحية في البنكرياس أو في كيس المرارة يمكن إجراؤها بواسطة تنظير البطن (Laparoscopy) أو بواسطة طريقة أخرى تكون جائرة (Invasive) في الحد الأدنى الممكن. عند إجراء الجراحة بتنظير البطن (Laparoscopic surgery) يتم إحداث فتحات (شقوق) صغيرة (بين 5 إلى 10 ملليمترات، عادة) في تجويف البطن.

منظار البطن (Laparoscope) هو جهاز طبي يتم إدخاله إلى تجويف البطن، عبر هذه الفتحات. يكون هذا الجهاز موصولا بشاشة عرض في داخل غرفة العمليات. عند إدخال المنظار إلى بطن المريض يعمل المنظار على توجيه الطبيب المعالج وعرض صور الأعضاء الداخلية للمريض على الشاشة. من بين أفضليات إجراء العملية بالمناظير أنه يمكن من خلالها الاكتفاء بفتح جروح صغيره, تقليل احتمال حدوث تلوثات, التقليل من الآلام والندوب، إضافة إلى تماثل المريض للشفاء بصورة أسرع وفي مدة زمنية أقصر.

معالجة التهابات البنكرياس المزمن:

تعتبر معالجة هذا النوع من الالتهاب أكثر تعقيدا من معالجة الالتهاب الحاد. يحاول الطبيب التخفيف من آلام المريض الناجمة عن الالتهاب، كما يحاول أيضا تحسين مستوى عملية الأيض لدى المريض، والتي قد يكون مصدرها الأداء غير السليم للبنكرياس. يتم إعطاء المرضى في هذه الحالات، عادة، علاجات تحتوي على إنزيمات البنكرياس، أو على الإنسولين، إذا كان البنكرياس غير قادر على إفراز هذه المواد.

يتم إعطاء إنزيمات البنكرياس على شاكلة أقراص يجب تناولها مع وجبة الطعام من أجل تحسين القدرة على امتصاص المواد المغذية. كما إن المحافظة على نظام غذائي يحتوي على مستويات منخفضة من الدهون قد تساعد، هي أيضا.

العلاج بواسطة الجراحة يساعد في تخفيف الآلام في تجويف البطن، في تحسن مستوى نزح إفرازات البنكرياس, وفي معالجة الالتهاب المزمن في البنكرياس، والذي يكون مصدره الانسداد في قنوات البنكرياس، كما قد يقلل من تواتر نوبات الألم التي تصيب المريض.

يتوجب على المرضى الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية واتباع تعليمات الطبيب وأخصائي التغذية اللذين يشرفان على العلاج. كما يتوجب على المرضى، أيضا، الحرص والمواظبة على تناول الأدوية اللازمة من أجل تقليل عدد وحدة نوبات الألم الناجمة عن الالتهاب.

الوقاية من التهاب البنكرياس :

بما أن الإفراط في تناول المشروبات الكحولية يشكل المسبب الرئيسي لالتهابات البنكرياس, فإن التقليل منها، أو الامتناع التام عن تناولها، هو أهم وسائل الوقاية من الإصابة بهذا النوع من الالتهابات.

بإمكان الأشخاص الذين يعانون من مشكلة الإفراط في تناول المشروبات الكحولية التوجه إلى الطبيب المعالج لتلقي الإرشاد اللازم والتوجيه إلى مراكز معالجة المدمنين على تعاطي المشروبات الكحولية والفطام. وبالإضافة إلى التخلص من مشكلة تعاطي الكحول، قد يجني هؤلاء الأشخاص فوائد جمّة من الاشتراك في مجموعات الدعم.

42. فيروس العوز المناعي البشري (Acute HIV Infection) :

فيروس يهاجم و يعطل عمل جهاز المناعة، مما يجعل الجسم ضعيفاً وبدون أي قوة دفاعية ضد أي مرض. كنتيجة، سيتعرض الجسم للإصابة بأنواع كثيرة و خطيرة، من الأمراض والسرطانات الانتهازية.

ويمكن مراجعة اعراضه مع مرض رقم 16 الإيدز (AIDS) في كتابنا .

43. سرطان البنكرياس (Pancreatic Cancer) :

يبدأ سرطان البنكرياس (Pancreatic cancer) بالتكوّن في أنسجة البنكرياس. والبنكرياس (Pancreas) هو عضو داخلي كبير موجود بصورة أفقية في القسم السفلي الخلفي من جوف البطن. يفرز البنكرياس إنزيمات تساعد في عمليات الهضم وهرمونات تساعد في تنظيم استقلاب السكريات (الكربوهيدرات - Carbohydrate) في الجسم.

احتمالات الشفاء من سرطان البنكرياس ضئيلة جدًا، حتى لو تم تشخيص سرطان البنكرياس في مرحلة مبكرة جدًا. وهو يميل إلى التفشي بسرعة فائقة جدا ولا يتم اكتشافه في مراحله المبكرة إلا في حالات نادرة جدا. وهذا هو السبب الرئيسي لكون هذا السرطان مسبب النسبة الأعلى من حالات الموت الناجمة عن الأمراض السرطانية. وفي الغالب، لا تظهر أعراض سرطان البنكرياس إلا بعد أن يكون السرطان قد بلغ مرحلة متقدمة، نسبيًا، ولم يعد من الممكن استئصال الورم بواسطة الجراحة.

أعراض سرطان البنكرياس :

لا تظهر أعراض سرطان البنكرياس، في الغالب، إلا بعد أن يكون سرطان البنكرياس قد وصل إلى مرحلة متقدمة نسبيًا.

وحين تبدأ الأعراض بالظهور فإنها قد تشمل:

- آلام في أعلى البطن تشع إلى الظهر
- فقدان الشهية
- فقدان الوزن
- الاكتئاب
- ارتفاع السكر في الدم

أسباب وعوامل خطر سرطان البنكرياس :

يتكون سرطان البنكرياس عندما تطور خلايا في البنكرياس طفرات جينية (Mutations). هذه الطفرات تؤدي إلى تكاثر الخلايا بشكلٍ غير مُراقَب وغير مضبوط وإلى إطالة معدل حياتها أكثر بكثير من معدل حياة الخلايا العادية. وحين تتراكم هذه الخلايا قد تُحدث ورمًا.

يبلغ حجم البنكرياس 15 سنتيمترا ويشبه، في شكله، حبّة إجاص (كمثرى) ملقاة على جانبها. والبنكرياس عضو مركزي في الجهاز الهضمي (Digestive System). فهو يفرز الهرمونات، التي تشمل الإنسولين (Insulin)، التي تساعد الجسم في معالجة السكريات. كما ينتج، كذلك، الأحماض الهضمية التي تساعد الجسم في عمليات هضم الغذاء.

أنواع سرطان البنكرياس:

أنواع الخلايا التي لها دور في تكوّن سرطان البنكرياس تساعد في تحديد العلاج الأنسب والأنجع. وتشمل أنواع سرطان البنكرياس:

سرطان ينشأ في قنوات البنكرياس - السرطان الغُدّيّ (Adenocarcinoma): هو سرطان يتكون في الخلايا التي تبطن قنوات البنكرياس والتي تساعد في إنتاج الأحماض الهضمية. غالبية حالات سرطان البنكرياس هي من نوع السرطان الغدّي هذا، والذي يسمى، أحيانًا، "الأورام ذات الإفراز الهرموني الخارجي".

سرطان ينشأ في خلايا إنتاج الهرمونات: هو سرطان يتكون في الخلايا التي تنتج الهرمونات في داخل البنكرياس. ويسمّى كذلك "الأورام ذات الإفراز الهرموني الداخلي". والأورام من هذا النوع نادرةٌ جدًا.

الأسباب التي قد تزيد من خطر الإصابة بسرطان البنكرياس تشمل:

- التدخين
- السُّمنة (Obesity)
- تاريخ عائلي من الإصابة بالتهاب البنكرياس (Pancratitis)
- تاريخ عائلي من الإصابة بسرطان البنكرياس
- تاريخ عائلي من الإصابة بمتلازمات مختلفة قد تزيد من خطر الإصابة بسرطان البنكرياس، كالطفرة الجينية المسماة BRCA2 ، متلازمة بوتز- جيغر (Peutz - Jegher syndrome)، متلازمة لينش (Lynch syndrome) وميل عائلي لنشوء أورام شاذة من نوع الورم القتاميني الخبيث العائلي الشّاذ على شكل شامة (Familial atypical mole malignant melanoma syndrome - FAMMM)
- السن المتقدمة: يكون احتمال ظهور سرطان البنكرياس أكبر لدى المتقدمين في السن. أغلب الأشخاص الذين يتم تشخيص إصابتهم بسرطان البنكرياس يبلغون من العمر 70 – 80 عاما.

مضاعفات سرطان البنكرياس :

كلما كان سرطان البنكرياس في مرحلة متقدمة أكثر، كلما كان قادرًا على التسبب بمضاعفات محتملة أكثر، يمكن أن تشمل:

- الآلام
- اليرقان (Jaundice)
- انسداد الأمعاء (Intestinal obstruction)
- فقدان الوزن
- الموت

تشخيص سرطان البنكرياس :

يحاول الباحثون إيجاد طرق تضمن الكشف المبكر عن سرطان البنكرياس. لكن، لا اتفاق حول الأشخاص الذين يوصى بإجراء فحوصات مسح (Scan) مختلفة لهم، ولا حول ماهية فحوصات

المسح الأكثر موثوقية لاكتشاف مبكر لسرطان البنكرياس حين لا يزال في بدايته. ولا تتوفر، حتى الآن، فحوصات روتينية موثوقة لاكتشاف مبكر لسرطان البنكرياس.

حين يشك الطبيب بأن المريض يعاني من سرطان البنكرياس، يتم إجراء واحد أو أكثر من الفحوصات التالية للوصول إلى التشخيص النهائي:

- التصوير فائق الصوت (التصوير بالموجات فوق الصوتية - Ultrasound)
- التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography - CT)
- التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic resonance imaging - MRI)
- التنظير الداخلي (Endoscopy) للقنيات الصفراوية والبنكرياس
- تخطيط الصدى بالتنظير الداخلي (EUS - Endoscopic ultrasonography)
- الخزعة (Biopsy)

تدريج سرطان البنكرياس:

بعد تأكيد التشخيص، يجب تحديد مدى تفشي السرطان ودرجة خطورته. فتدريج خطورة السرطان يساعد على تحديد إمكانيات العلاج. ومن أجل تحديد درجة خطورة سرطان البنكرياس، يجب إجراء الفحوصات التالية:

- تنظير البطن (Laparoscopy)
- تصوير الصدر بالأشعة السينية (رنتجن - X - ray)
- التصوير المقطعي المحوسب (CT)
- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)
- تصوير مقطعي محوسب لإشعاع البوزيترونات (Pet Scan)
- التصوير الومضائي (Scintigraphy) للعظام
- فحوصات دم

درجات خطورة سرطان البنكرياس:

يمكن تعريف درجات خطورة سرطان البنكرياس بطرق مختلفة. إحدى هذه الطرق هي التدريج حسب ثلاثة مستويات عامة:

- قابلٍ للاستئصال: من الممكن استئصال كل الكتل السرطانية الصغيرة

- موضعيّ متقدمٌ: لم يعد من الممكن إزالة السرطان بواسطة الجراحة في هذه المرحلة، بسبب انتشاره في أنسجة محيطة بالبنكرياس أو اختراقه الأوعية الدموية

- نقيلي (Metastatic): في هذه المرحلة يكون السرطان قد انتقل إلى أعضاء بعيدة، مثل الكبد أو الرئتين

طريقة تعريف أخرى بواسطة الأرقام الرومانية:

درجة I: السرطان محدود في داخل البنكرياس فقط

درجة II: السرطان قد انتشر خارج البنكرياس في داخل أنسجة مجاورة للبنكرياس، أو في أعضاء أخرى ومن المحتمل إنه وصل إلى الغدد اللمفاوية أيضا

درجة III: السرطان قد انتشر خارج البنكرياس في داخل أوعية دموية حيوية مجاورة للبنكرياس، ومن المحتمل إنه وصل إلى الغدد اللمفاوية أيضا

درجة IV: السرطان قد انتشر ووصل إلى أعضاء بعيدة عن البنكرياس، مثل الكبد أو الرئتين، وإلى الطبقة الداخلية من جوف البطن (الصفاق - Peritoneum)

علاج سرطان البنكرياس :

يتعلق علاج سرطان البنكرياس بالمرحلة التي وصل إليها وبموقع وجوده، كما يتعلق بسن المريض، بحالته الصحية العامة وبالطرق العلاجية التي يفضلها هو شخصيا. ويتمثل الهدف الأول للعلاج في القضاء على السرطان، إن كان ذلك ممكنا.

أما إذا كانت هذه الإمكانية غير واردة وليس من الممكن تحقيق هذا الهدف، فينبغي أن يتم التركيز على منع انتشار السرطان من البنكرياس إلى أعضاء أخرى ومنع حصول ضرر إضافي. وحين يكون سرطان البنكرياس قد بلغ مرحلة متقدمة جدا، من المحتمل جدا أن لا تكون ثمة أية فائدة من العلاج. في مثل هذه الحالة، يوصي الطبيب باعتماد علاجات تهدف إلى تخفيف حدة الأعراض التي يعاني منها المريض ومنحه قدرا أكبر من الراحة، قدر المستطاع.

الجراحة:

جزء صغيرٌ جدًا، فقط، من الأورام السرطانية في البنكرياس يعتبر قابلا للاستئصال، أي إن هنالك أملا جديا بإزالتها تمامًا بواسطة الجراحة. وإذا كان السرطان قد انتشر إلى خارج البنكرياس وتفشى في أعضاء أخرى في الجسم، مثل الغدد اللمفاوية أو الأوعية الدموية، فلا يمكن اعتماد العمليات الجراحية كإمكانية علاجية.

وحين يكون إجراء الجراحة ممكنًا، قد يوصي اختصاصي الأورام بـ:

- إجراء عملية جراحية لإزالة الأورام في رأس البنكرياس
- إجراء عملية جراحية لإزالة الأورام في جسم البنكرياس، أو في ذيله

وقد أثبتت الأبحاث أن جراحة إزالة سرطان البنكرياس تسبب مضاعفات قليلة جدًا، إذا ما تولى إجراءها أخصائيون في المجال. ولهذا، لا مجال للتردد عن سؤال الجرّاح عن مدى خبرته وتجربته في إجراء عمليات استئصال أورام من البنكرياس.

- معالجات إشعاعية (Radiation therapy)
- معالجات كيماوية (Chemotherapy)
- معالجة دوائية مُركّزة

تجارب سريرية:

التجارب السريرية هي عبارة عن أبحاث تهدف إلى فحص أنواع جديدة وطرق جديدة للعلاج، مثل: أدوية جديدة، طرائق جراحية جديدة، علاجات إشعاعية من نوع جديد ومجالات جديدة، مثل المعالجة الجينية (Gene therapy). وإذا ما تم إثبات نجاعة الطرق العلاجية الحديثة، أو مأمونية استخدامها، مقارنة بالعلاجات القائمة، فعندئذ تصبح، بدورها، طرقا علاجية مقبولة.

ليس في وسع التجارب السريرية أن تضمن الشفاء، وقد تصاحبها مضاعفات وتأثيرات جانبية غير متوقَعَة مسبقا. من جهة أخرى، التجارب السريرية المتعلقة بمرض السرطان تجرى تحت رقابة مشددة، لضمان إجرائها بمستويات الأمان القصوى. وزيادة على ذلك، قد تتيح التجارب السريرية فرصة الاستفادة من طرق علاجية حديثة لم يكن من الممكن الوصول إليها بطريقة أخرى.

الطرق العلاجية الحديثة التي يتم بحثها واختبارها في الآونة الأخيرة تشمل:

- أدوية تمنع الورم السرطاني من إنتاج أوعية دموية جديدة
- لقاحات (Vaccines) ضد سرطان البنكرياس

الوقاية من سرطان البنكرياس :

على الرغم من انعدام طريقة مجربة محددة للوقاية من الإصابة بسرطان البنكرياس، إلا إنه من الممكن إتباع الخطوات التالية لتقليل خطر الإصابة:

- التوقف عن التدخين
- المحافظة على وزن سليم
- ممارسة النشاط الجسماني بشكل ثابت
- المحافظة على تغذية صحية ومتوازنة

العلاجات البديلة :

إذا ما تم تأكيد تشخيص الإصابة بسرطان البنكرياس، فقد يلجأ المريض إلى تجربة أي علاج يمكن الحصول عليه في محاولة للشفاء من المرض. وفي هذا الإطار، يلجأ غالبية المرضى إلى الطب المكمّل / التكميليّ (Complementary medicine) وإلى تشكيلة العلاجات المتنوعة التي يعرضها الطب البديل (Alternative medicine)، وخصوصا حين تكون فرص الشفاء بعلاجات الطب التقليدي ضئيلة جدا. ولكن، لم يُثبَت توفر أي علاج مكمل، أو بديل، شاف لسرطان البنكرياس.

ومع ذلك، من شأن العلاجات البديلة، أو المكملة، أن تخفف من الأعراض المصاحبة لسرطان البنكرياس ومن حدة وصعوبة العلاجات (التقليدية) التي ينبغي الخضوع إليها لمعالجة سرطان البنكرياس. وفي كل الأحوال، يفضل استشارة الطبيب المعالج بشأن الإمكانيات العلاجية المتاحة.

العلاجات المكملة أو البديلة، التي يمكن أن تكون مفيدة ومساعِدة تشمل:

- الوخز بالإبر (Acupuncture)
- التدليك (المَساج - Massage)
- التأمل (Meditation)

44. مرض هودجكين (Hodgkin's Disease) :

داء هودجكن هو نوع من الأورام اللمفاوية، بعبارة أخرى هو سرطان دم ينشأ في النظام اللمفاوي. يمكن أن يحدث في أي عمر، ولكنه أكثر انتشارا بين سن 15 و 40 أو بعد سن 55.

وقد كتبنا عليه في كتابنا هذا مع المرض رقم 35. لمفومة لا هودجكين (Non-Hodgkin's Lymphoma) .

45. سرطان الفم (Oral Cancers) :

إن سرطان الفم (Oral cancer) والبلعوم (Pharynx) يحل في المرتبة السادسة من حيث الأماكن التي تصاب بالأمراض السرطانية في الجسم. يصيب هذا النوع من السرطان بالأساس, لكن ليس فقط, من تجاوز عمر 40 عامًا. فقط لدى 4 أشخاص من أصل 100 شخص مصاب بمرض السرطان المتعددة يكون عندهم سرطان جوف الفم (4%). إن معظم سرطانات الفم (أكثر من 90%) مصدرها الخلايا الحِرشفية (Squamous cell carcinoma) الموجودة في الأغشية المخاطية (Mucous membrane) للفم. كما أنه بالرغم من الجهد المبذول من أجل التشخيص المبكر والعلاج، إلا أن 50% من المصابين بهذا السرطان يلقون حتفهم بالنهاية بسبب المرض.

إنه في أطار الجهد الذي يبذل من المجتمع الطبي للسيطرة على انتشار المرض، توجد هنالك جهود تبذل من أجل الحد من التعرض لمسببات السرطان (الامتناع عن الكحول والتدخين) ولتحقيق علاج ومتابعة للحالات التي من الممكن أن تتحول إلى خبيثة (Malignant). من أهداف المتابعة الدائمة، بشكل خاص محاولات التشخيص المبكرة لكل البقع السرطانية أو التي من الممكن أن تتسرطن، من أجل رفع احتمالات بقاء المريض. كما تم إثبات بأن احتمالات نجاة المريض تتضاعف إذا ما تم التشخيص والعلاج في المراحل الأولية من تطور سرطان الفم. فكلما تقلصت الفترة الزمنية بين ظهور الأعراض التي تثير الشكوك حول مرض سرطاني في جوف الفم، وحتى التشخيص النهائي تتضاعف احتمالات تشخيص المرض بمراحله السرطانية الأولى.

أعراض سرطان الفم :

يمكن أن يظهر سرطان الفم بالعديد من الأعراض، لكن اكثر اعراض سرطان الفم شيوعًا هي:

1. عدم شفاء الجروح المتواجدة بالفم بعد أكثر من 10 أيام، وخاصة عدم وجود مسبب لهذه الجروح، ولا حتى بعد عزل مسبب الجروح المفترض.

2. انتفاخ موضعي مع أو بدون جرح.

3. بقعة بيضاء شاذة من لون الغشاء المخاطي المحيط بها.

4. بقعة حمراء شاذة عن لون الغشاء المخاطي المحيط لها.

5. بقعة مختلطة حمراء وبيضاء.

6. كل مزيج ممكن من النتائج الظاهرة في الفروع 1-5

7. بقعة بنية وحتى سوداء والتي من الممكن أن تترافق مع انتفاخ موضعي أو جرح موضعي ولكن ليس دائمًا.

أسباب وعوامل خطر سرطان الفم :

اتضح، بحسب الأبحاث على هذا المرض، وجود صلة بين عوامل محتملة مختلفة واحتمالات الإصابة بسرطان الفم. ومن اهم اسباب سرطان الفم التي يجدر بنا ذكرها، خاصة استهلاك التبغ بكل صورة، وخاصة تدخينه أو مضغه، كذلك الاستهلاك المفرط للمشروبات الكحولية، وبكميات أكبر بكثير من الكميات المتبعة في المناسبات الاجتماعية.

إن التقديرات المقبولة اليوم، هي أن تدخين السجائر يضاعف احتمالات الإصابة بسرطان جوف الفم، 4 أضعاف مقارنة بالأشخاص الذين لا يدخنون. كما وجد أنه كلما زادة الكمية اليومية لاستهلاك التبغ وكلما زادت فترة استهلاك التبغ زادت احتمالات الإصابة بسرطان جوف الفم. لقد أثبتت الأبحاث أن الشخص الذي يدخن علبة سجائر واحدة في اليوم، معرض للإصابة بأكثر من ضعفين بسرطان جوف الفم، من الشخص الذي يدخن نصف علبة؛ كما أن الاستهلاك المفرط للكحول قد يزيد احتمالات الإصابة بعشرة أضعاف؛ فإن المزج بين التدخين واستهلاك الكحول يضاعف أكثر بكثير احتمالات الإصابة بسرطان جوف الفم.

كذلك، فإن أمراضًا معينة التي تحدث في جوف الفم، مثل حزاز مسطح فموي (Oral lichen planus) من شأنها أن تكون عاملاً لزيادة احتمالات الإصابة بسرطان جوف الفم، بحيث تم إثبات بأن 1-2% من المصابين بحزاز مسطح فموي، أصيبوا مع مرور الزمن بسرطان الخلايا الحِرشفية في جوف الفم؛ كما أن انخفاض مناعة الجسم نتيجة الأمراض المتعددة، ومن بينها الإيدز (AIDS)، أو تناول الأدوية، يمكنها أن تكون سببًا للتعرض للأمراض السرطانية بشكل عام، بما فيها سرطان جوف الفم.

تشخيص سرطان الفم :

إن وجود بقعة بيضاء بالغشاء المخاطي للفم والذي لا يمكن تقشيره (Leukoplakia)، أو بقعة حمراء (Erythroplakia) أو بقعة مختلطة بيضاء وحمراء (Erythro - leukoplakia)، بإمكانها أن تدل على وجود سرطان، كما من الممكن أن يكون مظهرًا لبقعة ليست سرطانية، ولكن الاحتمال كبير لتحولها لبقعة خبيثة، أو محتملة التسرطن. كذلك تم الكشف بأنه حتى 17% من البقع محتملة التسرطن (Precancerous) بجوف الفم تحولت إلى خبيثة، مع أنه ليست كل سرطانات

جوف الفم تبدأ ببقع محتملة تسرطن، كما أن التشخيص المبكر والعلاج المناسب والمبكر بالنتائج المشتبه بها على أنها بقع محتملة التسرطن، من شأنه أن يمنع نهائيًا أو أن يقلص بشكل فعال احتمالات التحول لسرطان خبيث في جوف الفم

علاج سرطان الفم :

إن العلاج بحالات سرطان جوف الفم، من الممكن أن يكون مكونًا من جراحة لقطع الورم، والمعالجة بالأشعة (Radiotherapy) للمنطقة المتضررة بالإضافة للمعالجة الكيميائية (Chemotherapy). يوجد هنالك احتمال دمج العديد من طرق العلاج بحسب نوع البقعة وكبرها، وبحسب انتشار النقائل (Metastasis) من الورم الأولي إلى العقد اللمفاوية القريبة والمناطق الأخرى بالجسم.

الوقاية من سرطان الفم :

يفضل أن يتوجه كل إنسان لفحص الغشاء المخاطي في جوف الفم، لدى طبيب مختص بطب الفم، على الأقل مرتين بالسنة، من أجل نفي وجود بقع المشتبهة على أنها سرطانية، أو بقعة التي من الممكن أن تتحول إلى خبيثة، من أجل التشخيص المبكر وعلاج البقع المشتبه بها إذا وجدت واهم شيء هو الابتعاد عن التدخين .

46. التهاب الشغاف (Endocarditis) :

الشغاف القلبي هو ما يعرف بغلاف القلب (الشغاف) والذي يتكون من طبقتين يفصل بينهما سائل ، ويُعرف التهاب الشغاف البكتيري بانه تورم وتهيج يصيب الغشاء المبطن للعضلة القلبية والحجرات القلبية و قد يصيب الصمامات القلبية أيضاً مما يؤثر في فعاليتها في ضخ الدم ، ويعد هذا الإلتهابات من أخطر الإلتهابات التي تصيب جسم الأنسان و عند تركه دون علاج قد يتسبب بالوفاة ، وقد تستمر أعراضه فتره تزيد عن 6 اشهر وأكثر شيوعاً في تسبب التهاب شغاف القلب العدوى البكتيرية من أنواع معينة حيث انه ليس لجميع أنواع البكتيريا القدرة على أختراق الغشاء ومن اشهر تلك الأنواع العنقودية الذهبية (S aureus) و المكورات المعدية (Enterococci) .

اسباب التهاب الشغاف :

- وجود عيوب خلقية في بنية القلب وصماماته .
- الإصابة بإلتهاب الرئة المتكرر اثر عدوى فيروسية أو بكتيرية .
- الإلتهابات وإختلالات في جهاز المناعة .
- اجراء عمليات القلب المفتوح .
- تركيب انبوب تغذيه مباشر في القلب .
- الإصابه المتكررة بالإلتهابات اثر عمل جراحة في الأسنان .

- تناول المضادات الحيوية بشكل متكرر ، و الإدمان على بعض الأدوية كالهروين .
- اجراء جراحة لصمامات القلب .
- الإصابة السابقة بالتهاب شغاف القلب .

الاعراض :

- الشعور بألم في منطقة الصدر يتميز بحدتة .
- قد يمتد الألم للكتف أو العنق .
- إرتفاع درجة حرارة الجسم (ما يزيد عن 38 درجة مئوية)
- ضعف وتعب عام
- الإصابة بالقشعريرة
- حدوث وذمة في الأطراف
- التعرق الليلي الشديد
- السعال الجاف
- تسارع ضربات القلب
- تضخم الكبد
- أعراض الإصابة بالزكام
- فقدان الشهية
- تشنج العنق
- ظهور الطفح الجلدي
- صداع
- سيلان الجيوب و احتقان الأنف
- الغثيان

التشخيص :

- تخطيط كهربية القلب .
- فحص كمياء الدم الشامل وخاصة خلايا الدم البيضاء
- تخطيط صدى القلب .
- الفحوصات الإشعاعية التصوير المقطعي المحوسب (CT) والايكو والتصوير بالرنين المغناطيسي لعضلة القلب
- عمليات التنظير المجهري

العلاج :

علاجات المضادات الحيويه بحيث يعطى المريض مضادات حيوية تغطي جميع أنواع البكتيريا المتوقع الإصابه بها ، و يحتاج الطبيب لعمل زراعة لمعرفة المُسبب بالتحديد و بناءً عليه يقوم بوصف المضاد الحيوي المناسب وقد يستمر العلاج فتره 4 - 6 أسابيع .

في حال وجود الم مزمن قد يحتاج الطبيب لوصف بعض العقاقير المسكنة للألم .

في حال حدوث وذمة شديدة قد يلجأ الطبيب لوصف مردات البول للتخلص من السوائل المتراكمة في الجسم .

التدخل الجراحي قد يكون إحدى الحلول التي يلجأ لها الطبيب بحيث يتم استئصال جزء من شغاف القلب أو سحب السوائل المتراكمه في الحالات المزمنة ، و في الحالات التي يتأثر بها صمامات القلب .

مضادات الإلتهاب مثل الستيرويدات قد تكون فعالة بحسب الحالات التي يقررها الطبيب .

قد يحتاج الطبيب الى إجراء غسيل دم (Hemodialysis) .

بعض الأدوية المضادة لتخثر الدم .

الوقاية :

تنصح المنظمات الصحية العالميه (American Heart Association) بتناول المضادات حيوية للوقاية من هذا المرض للأشخاص الأكثر عرضه للإصابة وهم :

- الأشخاص الذين لديهم عيوب خلقية في القلب .
- بعد اجراء عملية صمام في القلب مثل زراعة الصمام .
- وجود تاريخ مرضي بالإصابة بنفس المرض .
- إجراء جراحه في القلب .
- الإصابة بإلتهاب الجهاز البولي .
- إجراء جراحة فموية أو معالجة الأسنان كما و يُنصح بتنظيف الأسنان بشكل مستمر .
- الإصابة بالتهابات الجهاز الهضمي .

47.**الداء البطني** (**الزلاقي**) (Celiac Disease) :

الداء الزلاقي أو الداء البطني (Celiac disease) هو مرض يصيب الجهاز الهضمي (Digestive System) كردة فعل على التعرض لمادة الجلوتين (Gluten) الموجودة في الخبز، المعكرونة، البسكويت وأنواع أخرى من الطعام تحتوي على القمح، الشعير أو حبوب الجاودار (الشوفان). حين يتناول شخص ما مصاب بالداء البطني أطعمة تحتوي على الجلوتين، يقوم الجهاز المناعي (Immune system) في جسمه بمهاجمة أنسجة الأمعاء الدقيقة فيسبب ضررا لبطانة الأمعاء، مما يجعلها عاجزة عن امتصاص بعض مركبات الغذاء الضرورية.

ويؤدي سوء امتصاص المواد الغذائية هذا، في نهاية المطاف، إلى نقص في الفيتامينات، يحول بدوره دون وصول مركبات غذائية أساسية، حيوية ضرورية لعمل الدماغ، الجهاز العصبي في داخل الجمجمة، العظام، الكبد وأعضاء أساسية أخرى ، مما يؤدي إلى حدوث خلل في وظائف هذه الأعضاء.

هذا النقص في الفيتامينات والمواد الغذائية قد يسبب، أيضا، نشوء أمراض أخرى ويسبب تأخرا في النمو لدى الأطفال. لا يوجد علاج شاف للداء البطني. لكن بالإمكان السيطرة على الداء البطني عن طريق إحداث تغييرات في النظام الغذائي.

أعراض الداء الزلاقي الشائعة :

غالبية المرضى يعانون من أعراض عامة تشمل:

- الإسهال
- آلام البطن
- الانتفاخ

وقد لا تظهر على الشخص المصاب بالداء البطني أية أعراض ذات علاقة بالمعدة أو بالأمعاء، أو بالجهاز الهضمي عامة. أو قد تكون الأعراض التي يعاني منها مرضى الداء البطني مشابهة لأعراض ترافق أمراضا أخرى، مثل: متلازمة القولون المُتَهيِّج (أو: القولون العصبيّ / القولون الحسّاس – IBS - Irritable bowel syndrome)، فقر الدم (Anemia)، العدوى الطفيلية، الاضطرابات الجلدية أو اضطرابات في الجهاز العصبي.

الاعراض الغير ظاهرة للعين :

بالإضافة الى هذه الأعراض، يعاني مرضى الداء البطني من أعراض أُقل ظهورا للعيان، تشمل:

- الضيق والاكتئاب
- فقر الدم
- المعدة المتهيّجة (العصبية)
- الام في المفاصل
- تشنجات عضلية
- طفح جلدي
- تقرحات في الفم
- مشاكل في الأسنان أو في العظام (مثل تخلخل العَظم – Osteoporosis)
- شعور بالتقريص والخدر في الساقين وفي كفّتي القدمين (اعتلال عصبي - Neuropathy)
- الأعراض التي تشير إلى عدم امتصاص المكونات الغذائية، جراء الداء البطني، تشمل:
- فقْد الوزن
- الإسهال
- المغص، الشعور بالانتفاخ والغازات
- الشعور بالتعب والضعف
- لون البراز يميل الى اللون الرمادي، رائحته عفنة وقد يحتوي على مواد دهنية
- تأخر النمو (لدى الأطفال)
- تخلخل العَظم
- فقر الدم

أسباب وعوامل خطر الداء الزلاقي :

يظهر الداء الزلاقي لدى الأشخاص الذين يعانون من الحساسية للجلوتين.

بطانة الأمعاء الدقيقة (الغشاء المخاطي للأمعاء الدقيقة) مغطاة بنتوءات رقيقة تشبه الشعيرات. هذه النتوءات تسمى الزغابات المعويّة (Intestinal villus). تعمل هذه الزغابات مثل سجادة مليئة بالشعيرات المجهرية، حيث تقوم بامتصاص الفيتامينات، المعادن والمركبات الغذائية الأخرى التي يكون مصدرها من الطعام الذي يتناوله الإنسان. لكن الداء البطني يسبب أضراراً في الزغب المعوي.

بدون الزغب، تصبح بطانة الأمعاء الدقيقة أشبه بأرضية ملساء، فتكون النتيجة فقدان الجسم قدرته على امتصاص مركبات الغذاء الأساسية والضرورية لعملية النمو وتأدية الأعضاء وظائفها بشكل سليم. وبدلاً من ذلك، فإن المركبات الغذائية الأساسية والضرورية (الدهنيات، البروتينات، الفيتامينات والمعادن) تخرج من الجسم مع البراز.

أسباب الداء الزلاقي :

ليس هنالك مسبب واضح للداء البطني، لكن هناك عوامل تساعد في حدوثه:

- العامل الوراثي: المسبب المرجح، على الأغلب، هو عامل وراثي. إذا كان أحد أفراد العائلة مصاباً بالداء البطني، فإن احتمال الإصابة بالداء البطني يتراوح ما بين 5 و 15 بالمائة.
- صدمة او اصابة: في معظم الحالات، ولأسباب غير واضحة تماما، يظهر الداء البطني بعد نوع معين من الصدمة (الرضح - Trauma) أو الإصابة:
- العدوى (التلوث)
- إصابة جسدية
- ضغط نفسي إثر الحمل
- ضغط نفسي حاد
- بعد الخضوع لعملية جراحية
- بعض الامراض: بالرغم من أن الداء الزلاقي قد يصيب أي إنسان، إلا أن احتمال الإصابة بهذا المرض يكون أكبر لدى الأشخاص الذين يعانون من :
- داء السكري/ النمط الأول (Diabetes - Type 1)
- مشاكل في عمل الغدة الدرقية
- التهاب القولون المجهري (Microscopic colitis)، وخاصة التهاب القولون الكولاجيني / المجهول السبب (Collagenous colitis)
- جينات معينة: تبين أنه لمجموعات معينة من الجينات، مثل: HLA - DQ2 و DQ8، علاقة مباشرة مع ازدياد خطر الإصابة بالداء البطني. لكن الخبراء يعتقدون بأن هنالك جينات أخرى، لم يتم اكتشافها بعد، تلعب دوراً مركزياً في نشوء الداء البطني.

تشخيص الداء الزلاقي :

لقد تبين أن الداء الزلاقي أكثر إنتشاراً مما كان يعتقد حتى الآن. ويعود جزء من السبب في قلة تشخيص العدد الحقيقي للمصابين بمرض الداء البطني إلى ألأعراض التي تصاحب الداء البطني، والتي تشبه أعراضا تصاحب العديد من الأمراض الأخرى، التي تؤدي إلى سوء امتصاص مركّبات الغذاء في الأمعاء.

وعلاوة على ذلك، تتوفر اليوم فحوصات دم خاصة، تساعد في تشخيص الداء البطني لدى الأشخاص الذين يعانون من أعراض طفيفة أو اولئك الذين لم تظهر عليهم أية علامات للمرض، إطلاقا.

لدى مرضى الداء البطني مستوى مرتفع، أكثر من الطبيعي المعتاد، من أضداد من نوع معين (الأجسام المُضادة للجلوتين - Antigliadin antibodies، الأجسام المُضادة لألياف باطن العضلات - Anti - endomysium والأجسام المُضادة للترانسغلوتاميناز النسيجي - Anti - tissue transglutaminase).

هذه الأجسام المضادة هي عبارة عن بروتينات لها وظائف محددّة، وتشكل جزءاً لا يتجزأ من الجهاز المناعي، إذ تتولى منع دخول أجسام غريبة إلى أعضاء الجسم. يتعرف الجهاز المناعي لدى مرضى الداء البطني على مادة الغلوتين باعتبارها مادة غريبة فيقوم بإنتاج كميات كبيرة من الأجسام المضادة للتخلص من مادة الغلوتين.

يمكن، اليوم، الكشف عن المستويات المرتفعة من هذه الأجسام المضادة عن طريق إجراء فحص خاص للدم، من أجل التعرف على الأشخاص الذين لديهم احتمال كبير للإصابة بالداء البطني. ويحتاج هؤلاء الأشخاص إلى إجراء المزيد من الفحوصات.

من أجل تأكيد تشخيص داء البطني، على الطبيب المعالج إجراء فحص مجهري لعينة من نسيج الأمعاء الدقيقة لفحص ما إذا كان قد حصل أي ضرر للزغابات التي تغطي جدار الأمعاء الدقيقة.

من أجل إجراء هذا الفحص، يتعين إدخال أنبوب دقيق ومرن (منظار - Endoscope) عن طريق الفم، المريء والمعدة ومنها إلى داخل الأمعاء الدقيقة، وعندها يقوم بأخذ عينة من جدار الأمعاء الدقيقة لغرض الفحص.

علاج الداء الزلاقي :

لا يمكن الشفاء من الداء البطني، لكن بالإمكان السيطرة على المرض عن طريق الإلتزام بنظام غذائي ملائم. عند تناول أطعمة خالية من الجلوتين يبدأ الالتهاب الناشئ في الأمعاء الدقيقة بالتراجع خلال بضعة أسابيع، بشكل عام. ومع ذلك، يبدأ الشعور العام بالتحسن خلال بضعة أيام من بدء التغيير في النظام الغذائي.

إذا كانت النواقص الغذائية حادة، فقد يحتاج المريض إلى تناول بدائل غذائية تحتوي على فيتامينات ومعادن، وفقا لتوصيات الطبيب المعالج أو أخصائي التغذية.

وقد تستغرق عملية شفاء جدار الأمعاء والزغب المعوي الذي يغلفه، بشكل تام، بضعة اسابيع لدى المرضى الشباب، وبين سنتين حتى ثلاث سنوات لدى المرضى الكبار في السن.

تجنب الجلوتين هو أمر ضروري (إلزاميّ):

من أجل السيطرة على الداء البطني ومنع حدوث المضاعفات المختلفة، على مريض الداء البطني تجنب جميع أنواع الطعام التي تحتوي على الجلوتين. فإن أية كمية صغيرة جداً من الجلوتين كافية للتسبب بأعراض الداء البطني والمضاعفات المختلفة. لذلك، يجب الامتناع، كليا، عن جميع الأطعمة التي تحتوي على أية حبوب، مثل : القمح، الشعير وحبوب الجاودار.

48. سرطان الثدي (Breast Cancer) :

سرطان الثدي (Breast Cancer) هو مرض يصيب النساء بالتحديد، لكنه قد يصيب الرجال أيضا، وإن كان بنسبة أقل بكثير.

توصل الأطباء مؤخراً إلى إنجازات كبيرة في مجاليّ الكشف المبكر والعلاج لمرض سرطان الثدي لينخفض عدد الوفيات الناجمة عن المرض.

كان الكشف عن سرطان الثدي سابقاً يعني استئصال الثدي بالكامل، أما اليوم، فإن هذه العمليات لا تُجرى إلا في حالات نادرة، إذ يوجد مجموعة واسعة من العلاجات المتوفرة.

أعراض سرطان الثدي :

الوعي واليقظة للأعراض والعلامات المبكرة من سرطان الثدي يمكن أن ينقذا حياتك.

فحين يتم الكشف عن المرض في مراحله الأولية المبكرة، تكون تشكيلة العلاجات المتاحة أوسع وأكثر تنوعا، كما تكون فرص الشفاء التام كبيرة جدا.

معظم الكتل التي يتم اكتشافها في الثدي ليست خبيثة، ومع ذلك فإن العلامة المبكرة الأكثر شيوعاً للإصابة بمرض سرطان الثدي لدى النساء والرجال على حد سواء، هي ظهور كتلة أو تكثّف في نسيج الثدي. هذه الكتلة غير مؤلمة، غالبا.

وتشمل أعراض سرطان الثدي ما يلي:

إفراز مادة شفافة أو مشابهة للدم من الحلمة، يظهر، أحيانا، مع ظهور الورم في الثدي

- تراجع الحلمة أو تسننها
- تغيّر حجم أو ملامح الثدي
- تسطّح أو تسنن الجلد الذي يغطي الثّدي
- ظهور احمرار أو ما يشبه الجلد المجعّد على سطح الثدي، مثل قشرة البرتقال.

أسباب وعوامل خطر سرطان الثدي :

سرطان الثدي يعني أن عددا من خلايا الثدي بدأت تتكاثر بشكل غير طبيعي. هذه الخلايا تنقسم بسرعة أكبر من الخلايا السليمة ويمكن أن تبدأ في الانتشار (نقيلات - Metastasis) في جميع أنحاء نسيج الثدي، إلى داخل الغدد الليمفاوية، بل وإلى أعضاء أخرى في الجسم.

النوع الأكثر شيوعا من سرطان الثدي يبدأ في غدد إنتاج الحليب، ولكن من الممكن أن يبدأ أيضا في أحد الفصوص (Lobe) الفرعية أو في غيرها من أنسجة الثدي.

في معظم الحالات، ليس واضحا السبب الذي يجعل خلايا سليمة في نسيج الثدي تتحول إلى خلايا سرطانية.

أسباب الإصابة بسرطان الثدي :

يعرف الأطباء أسباب الإصابة بالمرض على الشكل التالي:

- الوراثة: 5% - 10% فقط من حالات سرطان الثدي تعود إلى أسباب وراثية. هنالك عائلات لديها خلل في جين (جينة / مورِثَة - Gene) واحد أو اثنين، جين سرطان الثدي رقم 1 (BRCA 1) أو جين سرطان الثدي رقم 2 (BRCA 2)، وهذا يكون احتمال تعرض أبنائها وبناتها للإصابة بمرض سرطان الثدي أو بسرطان المبيض مرتفعا جدا.
- عيوب (خِلل) جينية أخرى: مثل جين رنح توسع الشعيرات (ataxia - telangiectasia mutation gene)، جين كيناز - حاجز دورة الخلية 2 (CHEK - 2)، وجين رقم P53، الجين المسؤول عن لجم الأورام - كلها تزيد من خطر الإصابة بمرض سرطان الثدي. إذا كان أحد هذه العيوب الوراثية موجودا في عائلتك، فهنالك احتمال بنسبة 50 ٪ أن يكون الخلل موجودا عندك أنت أيضا.
- معظم العيوب الجينية ذات الصلة بمرض سرطان الثدي لا تنتقل بالوراثة. قد يعود سبب هذه العيوب المكتَسَبة إلى التعرض للأشعة - النساء اللواتي عولجن بالإشعاعات في منطقة الصدر لمعالجة ورم لِمْفيّ (لِمفومَة - Lymphoma) في مرحلة الطفولة أو المراهقة، مرحلة نمو الثدي وتطوره، أكثر عرضة بكثير جدا للإصابة بمرض سرطان الثدي من النساء اللواتي لم يتعرضن لإشعاع من هذا القبيل.

قد تطرأ التغيّرات الجينية، أيضا، جراء التعرض لمواد مسببة للسرطان، مثل بعض الهيدروكربونيات، الموجودة في التبغ واللحوم الحمراء المتفحمة.

يحاول الباحثون اليوم معرفة ما إذا كانت هناك أية علاقة بين التركيبة الجينية لشخص معين وبين العوامل البيئية التي قد تزيد من خطر الإصابة بمرض سرطان الثدي. وربما يثبت أن عوامل عديدة قد تسبب ظهور سرطان الثدي.

عوامل الخطر :

عامل الخطر هو أي شيء يزيد من احتمالات الإصابة بمرض معين. بعض عوامل الخطر، مثل السنّ، الجنس والتاريخ العائلي، لا يمكن تغييرها، بينما يستطيع الإنسان السيطرة على عوامل أخرى، مثل التدخين أو سوء التغذية.

لكن، حتى لو كان لديك عامل خطر واحد أو أكثر فهذا لا يعني بالضرورة أن تصابي بمرض سرطان الثدي، إذ إن غالبية النساء المريضات بمرض سرطان الثدي أصبن فقط لمجرد كونهن نساء وليس لديهن أية عوامل خطر أخرى إضافية.

والحقيقة، إن كونك امرأة هو عامل الخطر الأهمّ لسرطان الثدي. فعلى الرغم من أن الرجال أيضا معرضون للإصابة بمرض سرطان الثدي، إلا إنه أكثر شيوعا بكثير بين النساء.

عوامل خطر أخرى يمكن أن تزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي!

- السنّ
- تاريخ شخصي من التعرض لسرطان الثدي
- تاريخ عائلي
- الميل الوراثي
- التعرض لإشعاعات
- الوزن الزائد
- الحيض في سن مبكرة نسبيا
- الوصول إلى سن الإياس (انقطاع الطمث – سن "اليأس") في سن متأخرة نسبيا
- العلاج بالهورمونات
- تناول أقراص منع الحمل
- التدخين
- تغيّرات ما قبل سرطانية في نسيج الثدي
- كثافة عالية في نسيج الثدي بالتصوير الشعاعي (Mammography).
- السنّ والفترة المحددة من مرحلة انقطاع الطمث قد تؤثران على كثافة نسيج الثدي. كثافة نسيج الثدي لدى الشابات، عادة، أعلى منها لدى النساء المتقدمات في السن.
- وللهورمونات أيضا تأثير على هذا - كلما كانت مستويات الهورمونات أعلى، كلما كانت كثافة نسيج الثدي أعلى. وبالرغم من هذا، فإن خطر الإصابة بمرض سرطان الثدي بسبب الكثافة العالية في نسيج الثدي يزداد بنسبة ضئيلة فقط.

إذا كنت ضمن واحدة من المجموعات الأكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي، وكثافة نسيج الثدي لديك مرتفعة، فقد يكون من الصعب تحليل التصوير الشعاعي (Mammography)، وعندها قد ينصحك طبيبك بإجراء فحوصات مسحيّة أخرى.

اسباب ظهور مشاكل ليست خبيثة في الثدي

ثمة حالات طبية أخرى، غير سرطان الثدي، يمكن أن تؤدي إلى تغيّر في حجم الثدي أو في نسيجه. فنسيج الثدي يتغير، بطبيعة الحال، خلال فترة الحمل وخلال فترة الحيض.

أما الأسباب الأخرى المحتملة لظهور أورام ليست سرطانية (حميدة) في الثدي فتشمل:

- تغيّرات كيسيّة ليفيّة (fibrocystic changes)
- تكيّس (ظهور كيسات – Cyst)
- ورم غُدّي ليفيّ (fibroadenoma)
- تلوّث أو إصابة.

تشخيص سرطان الثدي :

اذا لاحظتِ وجود كتلة أو تغيّر، أيا كان، في ثديك - حتى لو كانت نتيجة التصوير الشعاعي الأخير للثدي (ماموغرافيا - Mammography) سليمة - عليك الاتصال بالطبيب لتقييم الوضع.

إذا لم تتجاوزي، بعد، سن الإياس (انقطاع الطمث / سن "اليأس" – Menopause) فقد يكون من الأفضل الانتظار لمدة دورة حيض واحدة قبل مراجعة طبيبك. ولكن، إذا لم تختف التغيّرات في الثدي بعد شهر، فمن الضروري التوجه إلى الطبيب لتقييم الوضع.

التفريسات (Scans) - البحث عن أدلة لوجود سرطان الثدي قبل ظهور الأعراض الأولى - هي المفتاح للكشف المبكر عن سرطان الثدي، حين لا يزال في مرحلة يمكن فيها معالجته.

طبقا للمعلومات عن سنّك ومجموعة (أو مجموعات) الخطر التي قد ينتمين إليها، تشمل التفريسات: إجراء فحص ذاتيّ للثدي، فحص الثدي من قبل ممرضة أو طبيب (الفحص في العيادة)، تصوير الثدي الشعاعي (Mammography)، أو فحوصات أخرى غيرها.

فحص ذاتي للثدي

الفحص الذاتي للثدي هو إحدى الإمكانيات، فقط، ويجب إجراؤه بشكل دائم ومنتظم بدءا من سن 20 عاما. إن اكتسابك خبرة الفحص الذاتي للثدي، وتعرفك على أنسجة وبنية ثديك على أساس دائم ومنتظم، قد يجعلانك قادرة على كشف علامات مبكرة لسرطان الثدي.

يجب عليك أن تتعلمي كيف يبدو ثديك عادة، وأن تكوني يقظة لأي تغيير في الإحساس أو في نسيج الثدي. فإذا ما لاحظت أية تغيّرات، يجب إعلام الطبيب في أسرع وقت ممكن. أتيحي لطبيبك اختبار كيفية قيامك بالفحص الذاتي، كي يستطيع إرشادك والإجابة على ما قد تثيرينه من تساؤلات.

فحص الثدي في العيادة

إذا كان لديك في العائلة من أصيب بمرض سرطان الثدي (تاريخ عائلي) أو إذا كنت تنتمين لإحدى مجموعات الخطر الأكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي، فيُنصح بأن تخضعي لفحص الثدي في العيادة مرة واحدة كل ثلاث سنوات حتى بلوغك سن الـ 40 عاما. ثم بمعدل مرة واحدة كل سنة، فيما بعد.

خلال هذا الفحص يقوم الطبيب بتفقد نسيج الثدي للبحث عن كتل أو تغيُّرات أخرى في الثدي. يستطيع الطبيب كشف الكتل أو التغييرات التي لم تفلحي أنت في الانتباه إليها، ويمكن أن يلاحظ أيضا ازدياد حجم الغدد الليمفاوية الموجودة في منطقة الإبط.

تصوير الثدي الشّعاعي (Mammography)

تصوير الثدي الشعاعي، الذي يفحص أنسجة الثدي من خلال إنتاج صور الأشعة السينية (أشعة رنتجن - X - Ray)، يعتبر اليوم الفحص الأكثر موثوقية للكشف المبكر عن كتل سرطانية في الثدي، حتى قبل إن يشعر الطبيب بها بواسطة اللمس اليدوي للثدي. ولهذا السبب، يُنصح إجراء هذا الفحص لكل النساء فوق سن الـ 40 عاما، بشكل متكرر.

هنالك نوعان من تصوير الثدي الشعاعي:

- التفرّس بالتصوير الشعاعي للثدي (Scanning Mammography)

- التصوير الشعاعي التشخيصي للثدي (Diagnostic Mammography)

لكن فحوصات التصوير الشعاعي ليست مثالية. فهناك نسبة معينة من الأورام السرطانية – واحيانا كتل يمكن تحسسها بالفحص الذاتي – لا تظهر في صورة الأشعة السينية (جواب سلبي خاطئ).

هذه النسبة تكون أعلى بين النساء اللواتي هن في الأربعينات من العمر، وذلك لأن النساء في هذا العمر والنساء الأصغر سنا هن أكثر ميلا لوجود كثافة أعلى في نسيج الثدي، مما يجعل من الصعب التمييز بين نسيج سليم وآخر غير سليم.

فحوص أخرى:

- الكشف بمساعدة الحاسوب (CAD)

- تصوير الثدي الشعاعي الرقميّ.

- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)

- إجراءات تشخيصية

خلافا لفحوصات التفرّس (Scaning)، فإن إجراءات التشخيص تساعد في تحديد وتوصيف الحالات الشاذة في نسيج الثدي التي تم الكشف عنها بالفحوصات الروتينية، مثل اكتشاف كتلة في الثدي باللمس، أو بواسطة التفرّس بالتصوير الشعاعي للثدي أو بالتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI).

هذه الفحوصات تساعد الطبيب في تحديد ما إذا كنتِ بحاجة إلى إجراء خزْعة (إجراء طبي تؤخذ فيه خلايا أو نسيج كعيّنة للتحليل والفحص في المختبر - Biopsy)، كما تساعد في بلورة توجيهات لكيفية إجراء الاختزاع (فحص الخزعة).

-فحص بالموجات فوق الصوتية (Ultrasound)

يستخدم هذا الفحص للتأكد من أن الكتل التي تم كشفها في الثدي صلبة أم لا.

-الخزْعَة (Biopsy)

هو الفحص الوحيد القادر على تأكيد وجود خلايا سرطانية. الخزعة فحص يستطيع تزويدنا بمعلومات حيوية جدا عن أية تغيرات شاذة أو غير طبيعية في نسيج الثدي، والمساعدة في تحديد مدى الحاجة (وجودها أو عدمه) إلى إجراء عملية جراحية وبشأن نوع العملية الجراحية المطلوبة.

أنواع الاختزاعات القائمة اليوم:

- اختزاع بالإبرة النحيفة (Fine needle)
- اختزاع بالإبرة الثخينة (Coreneedle)
- اختزاع تجسيميّ (Stereotactic biopsy)
- موضعة سلك معدني
- اختزاع جراحيّ
- فحص مستقبلات الأستروجين والبروجسترون (Biopsy)

يمكن فحص وجود المستقبلات الهورمونية في الخلايا السرطانية التي تم نزعها خلال الخزعة. إذا وجدت مستقبلات الاستروجين أو مستقبلات البروجسترون أو كليهما معا، فإن ينصحك طبيبك بتناول أدوية، مثل تاموكسيفين (Tamoxifen)، تمنع الاستروجين من الوصول إلى هذه المناطق.

- فحص التدريج

فحوصات لتدريج خطورة المرض، يتم من خلالها تحديد حجم وموقع الورم السرطاني وما إذا كان الورم قد انتقل وانتشر في أماكن أخرى. والتدرج يساعد أيضا في تخطيط الإجراءات العلاجية.

- فحوصات وراثية أو جينيّة

اذا وجدت في العائلة حالة وراثية أو أكثر، من سرطان الثدي، فستساعد فحوص الدم في اكتشاف جين BRCA المَعيب أو عيوبا في جينات أخرى تنتقل من جيل إلى آخر في العائلة.

هذه الفحوصات غالبا ما تسفر عن نتائج غير حاسمة ولذلك يجب تنفيذها في حالات خاصة فقط، وبعد التشاور مع مستشار للأمراض الوراثية. إذا لم تكوني ضمن مجموعات الخطر للإصابة بمرض سرطان الثدي أو سرطان المبيض على خلفية وراثية، فلا داعي، إجمالا، لإجراء فحوص التشخيص الوراثية.

التشخيص الوراثي يمكن أن يكون مفيدا، في معظم الحالات، فقط إذا كانت نتائج الفحص ستساعدك على اختيار الطريقة الأفضل لتقليص خطر الإصابة بالسرطان. الخيارات تتراوح ما بين إجراء تغييرات في نمط حياتك، إجراء مسوحات وفحوصات تفرّس (Scanning) سوية مع تناول أدوية مثل تاموكسيفين (Tamoxifen)، وحتى اتخاذ تدابير متطرفة مثل استئصال كلا الثديين معا، كإجراء وقائيّ وإزالة المبيضين.

تصنيف الورم السرطاني :

يتم تصنيف الورم السرطاني على جدول من 0 إلى IV (أربعة)، على النحو التالي:

الدرجة 0: تسمى أيضا "سرطان ثدي غير غازٍ"، أو محلي. وعلى الرغم من أن هذه الأورام لا تملك القدرة على غزو الأنسجة السليمة في الثدي أو الانتشار إلى أعضاء أخرى في الجسم، إلا إنه من المهم استئصالها وإزالتها، لأنها قد تتحول إلى أورام غازية في المستقبل.

الدرجات من I حتى IV: هي أورام غازية لديها القدرة على غزو أنسجة سليمة في الثدي، ثم الانتشار إلى أعضاء أخرى في الجسم. الورم السرطاني في الدرجة I هو ورم صغير ومحلي، فرص الشفاء التام منه كبيرة جدا. لكن، كلما ارتفعت الدرجة قلّت فرص الشفاء.

الدرجة IV: هو ورم سرطانيّ انتقل إلى خارج نسيج الثدي وانتشر في أعضاء أخرى من الجسم، مثل الرئتين والعظام والكبد. وعلى الرغم من أنه لا يمكن الشفاء من السرطان في هذه المرحلة، إلا إن هناك احتمالا بأن يستجيب بطريقة جيدة لعلاجات متنوعة، من شأنها أن تسبب انكماش وتضاؤل الورم وإبقاءه تحت السيطرة لفترة طويلة من الزمن.

علاج سرطان الثدي :

إن إبلاغك بأنه قد تم تشخيص إصابتك بمرض سرطان الثدي هو من التجارب الأكثر صعوبة التي يمكن للإنسان أن يواجهها. فبالإضافة إلى مواجهة مرض يشكل خطرا حياتيا، عليك اتخاذ قرارات بشأن برنامج علاجي غير سهل، على الإطلاق.

يفضّل التشاور مع الفريق الطبي حول خيارات علاج سرطان الثدي المتاحة. ويفضّل الحصول على رأي ثان من أخصائي في مرض سرطان الثدي. كما انه من المفيد التحدث مع نساء تعرضن لتجربة مماثلة.

تتوفر اليوم تشكيلة منوعة من العلاجات لكل مرحلة من مراحل المرض. غالبية النساء تخضع لعمليات جراحية لاستئصال الثدي، بالإضافة إلى العلاج الكيماوي، الإشعاعي أو العلاج الهورموني. كما إن هناك أيضا مجموعة متنوعة من العلاجات التجريبية لهذا النوع من السرطان.

الجراحة

استئصال الثدي كلّه أصبح إجراء نادرا اليوم. بدلا من ذلك، معظم النساء مرشحات ممتازات لاستئصال جزئي (الجزء المصاب من الثدي) أو لاستئصال الورم فقط.

إذا قررت استئصال الثدي كليا، فقد تفكرين لاحقا في عملية لإعادة بناء الثدي من جديد.

العمليات الجراحية لإزالة أورام سرطانية في الثدي تشمل:

استئصال الورم السرطاني

العمليات الجراحية لاستئصال الورم السرطاني تتبعها، دائما، علاجات بالإشعاعات، وذلك من أجل تدمير أية خلايا سرطانية يمكن أن تكون قد بقيت في المكان.

ولكن، إذا كان الورم صغيرا وليس من النوع الغازي المنتشر، فإن بعض الدراسات تتساءل عن ضرورة العلاج الإشعاعي، وخاصة عندما يتعلق الأمر بالسيدات المتقدمات في السن.

ولم تنجح هذه الدراسات في أن تثبت، بشكل قاطع، ما إذا كان استئصال الورم متبوعا بالعلاج الإشعاعي يسهم، بالتأكيد، في تمديد وتحسين حياة المريضات، مقارنة مع اللواتي خضعن لاستئصال الورم فقط.

أنواع جراحات استئصال الثدي

- الاستئصال الجزئي أو المقطعيّ من الثدي
- الاستئصال البسيط
- الاستئصال الكلّيّ للثدي
- خزعة من الغدد الحارسة (Sentinel lymph node biopsy)

بما إن سرطان الثدي ينتشر، في المقام الأول، باتجاه الغدد الليمفاوية الموجودة تحت الإبط (الغدد الليمفوية الحارسة أو الخافرة - Sentinel lymph node)، فإنه يتوجب على جميع النساء اللواتي تم تشخيص إصابتهن بسرطان من النوع الغازي أن يخضعن لفحص هذه الغدد.

- استئصال الغدد الليمفاوية الإبطية

إذا كانت هنالك علامات على وجود ورم سرطاني في الغدد الحارسة، فعلى الطبيب الجَرّاح استئصال كل الغدد الليمفاوية تحت الإبط.

- جراحة لإعادة بناء (ترميم) الثدي

إذا كنت ترغبين في الخضوع لعملية جراحية لإعادة بناء (ترميم) الثدي من جديد، تحدثي مع الطبيب الجرّاح قبل إجراء أية عملية جراحية.

ليست كل النساء ملائمات لجراحة إعادة بناء الثدي. ويمكن لجراح التجميل تقديم النصح حول مجموعة متنوعة من العمليات، عرض صور فوتوغرافية لنساء خضعن لإجراءات مختلفة هدفها إعادة بناء الثدي، ويمكنك أن تتشاوري معه لاختيار نوع العملية الأكثر ملاءمة لك ولحالتك.

الخيارات المتاحة أمامك قد تشمل إعادة البناء بواسطة زرع نسيج اصطناعي أو زرع من أنسجتك أنت. ويمكن تنفيذ هذه العمليات الجراحية خلال عملية استئصال الثدي أو في وقت لاحق.

- أنواع إعادة بناء (ترميم) الثدي
- بواسطة زرع نسيج اصطناعي
- بواسطة طية أنسجة شخصية
- الثاقوب الشرسوفي السفلي العميق (- Deep inferior epigastric perforator (DIEP
- إعادة بناء منطقة الحلمة وهالة الثدي.
- علاجات بالأشعّة / معالجات إشعاعية (Radiation therapy)
- المعالجة الكيميائية (Chemotherapy)
- العلاج بالهورمونات
- العلاج البيولوجي

مع اكتساب العلماء والباحثين المزيد من المعرفة بشأن الفوارق بين الخلايا السليمة والخلايا السرطانية، يتم تطوير علاجات تستهدف معالجة هذه الفوارق - العلاج على أساس بيولوجي.

هنالك ثلاثة أنواع من العلاجات البيولوجية المتاحة لمعالجة سرطان الثدي. وتشمل:

- تراستوزوماب Trastuzumab (هيرسيبتين - Herceptin)
- بيفاسيزوماب Bevacizumab (أفاستين - Avastin)
- دوكيتاكسيل Docetaxel

الوقاية من سرطان الثدي :

لا شيء يمكنه أن يضمن عدم الإصابة سرطان الثدي. ولكن هناك العديد من الخطوات التي يمكن اتخاذها للحد من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

- الوقاية بوسائل كيماوية
- الوقاية بوسائل كيماوية تعني استخدام أدوية لتقليص مخاطر الإصابة بمرض سرطان الثدي.

هنالك نوعان من الأدوية المستخدمة لمنع سرطان الثدي عند النساء اللواتي هن أكثر عرضة من غيرهن للإصابة بمرض سرطان الثدي.

هذه الأدوية تنتمي إلى فئة من العقاقير التي تشغل مستقبلات هورمون الاستروجين بشكل انتقائي: (selective estrogen receptor modulators - SERM)

ثاموكسيفين (Tamoxifen)

رالوكسيفين (Raloxifene)

الجراحة كإجراء وقائيّ

على الرغم من كون الجراحة إجراء مبالغ فيه، إلا إن العملية الجراحية كإجراء وقائي يمكنها الحدّ من خطر الإصابة بمرض سرطان الثدي لدى النساء الأكثر عرضة للإصابة بالمرض.

الخيارات تشمل:

- استئصال الثدي كإجراء وقائيّ
- استئصال مبيض كإجراء وقائيّ.
- تغييرات في نمط الحياة
- اتخاذ بعض الخطوات لتغيير نمط حياتك يمكن أن يكون عاملا مؤثرا في تقليل مخاطر إصابتك بمرض سرطان الثدي.
- إسألي طبيبك عمّا يتعلق تناول الأسبرين
- تجنب تناول الكحول
- المحافظة على وزن سليم
- تجنب العلاجات الهورمونية الطويلة الأمد
- ممارسة النشاط البدني الرياضي بانتظام
- تناول أطعمة غنية بالألياف الغذائية
- الإكثار من استهلاك زيت الزيتون
- تجنب التعرض لمبيدات الحشرات.

أبحاث جديدة :

يواصل العلماء البحث في مسعى لتطوير علاجات وقائية ممكنة لمنع سرطان الثدي، بما في ذلك:

حمض الريتينويك الرتينوئيدات (Retinoids)

بذور الكتان.

49. دبيلة (Empyema) :

الدبيلة هي تراكم كمية من القيح والسوائل في فراغ الجنبة (pleura). مصدر الاسم هو من الكلمة اليونانية Empyein، والتي تعني منتج القيح.

كان الطبيب اليوناني أبقراط (Hippocrates) أول من وصف التشخيص الأولي للدبيلة، وكان ذلك قبل أكثر من 2400 سنة. أحيانا تتم تسمية الدبيلة الموجودة في فراغ الجنبة بالـ "دبيلة الصدرية" (Thoracic empyema)، وذلك لتميزها عن الحالات الأكثر ندرة من الدبيلة، والتي تصيب كيس المرارة أو أماكن أخرى في الجسم.

رغم أن الدبيلة قد تصيب أي شخص بأي جيل، ومن مختلف الفئات، إلا أنها تعتبر أكثر انتشارا بين المرضى الأكبر سنا (البالغين)، خصوصا ذوي الحالة الصحية الضعيفة عامة، حيث تكون إصابتهم بالمرض أكثر شدّة وصعوبة.

تعتبر الدبيلة الحيوائية (الهوائية – Aerobic)، أكثر انتشارا بين الأشخاص ذوي الحالة الصحية الجيدة بشكل عام. أما الدبيلة اللاحيوائية (Anaerobic) فهي تنتشر بين المرضى الذين سبق أن أصيبوا بأمراض رئوية مزمنة, بأورام رئوية, بالسكري, بأمراض الأسنان، وبين مدمني الكحول.

قد تسبب كل الحالات التي تؤدي لاستنشاق الشخص للطعام ودخوله إلى مجرى التنفس عند الأكل (التخدير, نوبات, حالات عصبية مختلفة, تناول الأدوية, استهلاك المخدرات أو الكحول, عسر البلع – Dysphagia, الارتداد المعدي المريئي - Gastroesophageal reflux)، حدوث الدبيلة اللاحيوائية.

أعراض دبيلة (تجمعٌ قيحيٌ في جوفٍ) :

1. سعال جاف وضيق في التنفس.
2. حرارة مرتفعة وقشعريرة.
3. فرط التعرق أو فرط التعرق الليلي.
4. ضعف, فقدان الشهية, وفقدان الوزن.
5. آلام في الصدر، تزداد عند أخذ نفس عميق.
6. بلغم قيحي ذو رائحة كريهة.

أسباب وعوامل خطر دبيلة (تجمعٌ قيحيٌ في جوفٍ) :

الأسباب الأساسية لنشوء الدبيلة في فراغ الجنبة هي:

1. سائل نظير الالتهاب الرئوي (parapneumonic) – (التهاب رئوي – Pneumonia, مرض رئوي خبيث, ورم حميد أو أي مرض رئوي آخر).

2. العمليات الجراحية: جراحات في الصدر بهدف استئصال الرئة, استئصال فص (Lobe), جراحات بالمنصف (Mediastinum), جراحات في المريء, جراحات في الفم والحنك, الأسنان, واللوزتين.

3. صدر مُدَمّى (Hemothorax) نتيجة لإصابة باضعة، أو نتيجة لإصابات متعددة (متكررة) في منطقة الصدر.

4. إجراءات باضعة (مخترقة/اقتحامية): بزل الصدر (thoracocentesis) – الوخز بإبرة سميكة بهدف فحص سائل الجنبة، وفغر الصدر (thoracostomy).

5. خراج (abscess) في الرئتين أو تحت الحجاب الحاجز.

6. تمزق المريء (سواء كان تلقائيا أو بسبب إجراء باضع).

7. وجود جسم غريب في مسالك التنفس.

الأمراض التي تزيد من مخاطر الإصابة بالدبيلة هي: الأورام, أمراض الرئة والقلب, داء السكري, تعاطي المخدرات والكحول, وكذلك تثبيط الجهاز المناعي بواسطة الأدوية.

المسببات المباشرة للدبيلة هي:

1. الجراثيم سلبية الغرام (gram negative bacteria): دبيلة حيوانية المُكَوَّرة الرِّئوية (Streptococcus Pneumonia), الإشريكية القولونية (Enterobacteriacea Escherichia coli), الزائفة (Pseudomonas)

2. الجراثيم إيجابية الغرام مثل الزائفة (Pseudomonas, Klebsiela pneumonia).

3. السل (Tuberculosis), الميكوبلازما (Micoplasma), و الكلبسلة الرئوية (Klebsiela pneumonia).

4. فطريات, أميبات (Amoeba).

مضاعفات دبيلة (تجمعٌ قيحيٌ في جوفٍ)

المضاعفات التي من الممكن حصولها بسبب الدبيلة هي:

1. تشكّل كيسات أو خراج في فراغ الجنبة.

2. ناسور (Fistula) بين فراغ الجنبة ومسالك التنفس, بين فراغ الجنبة والمريء.

3. خراج في الأعضاء المختلفة (الدماغ, الكبد).

4. زيادة سُمك جدار الجنبة وإنخماص (Atelectasis) جزئي أو كامل للرئة من جهة الدبيلة.

5. الإنتان (sepsis).

6. الموت.

تشخيص دبيلة (تجمعٌ قيحيٌ في جوفٍ)

وسائل تشخيص الدبيلة هي:

1. سجل المريض الطبي والفحص الجسدي.
2. تصوير القفص الصدري.
3. فحص كيميائي حيوي لسائل الجنبة.
4. ازدياد عدد الخلايا البيضاء في الدم والسائل الجنبي.
5. فحص CT للقفص الصدري.
6. لون البلغم في السائل الجنبي.

أهم نقاط تشخيص وعلاج الدبيلة هي:

1. التشخيص المبكر للسائل في فراغ الجنبة.
2. تشخيص الدبيلة مبكرا، وتحديد مكان السائل الجنبي في الصدر بشكل دقيق.
3. العلاج المناسب بالمضادات الحيوية.
4. تصريف مبكر للفراغ وعلاج سريع لمضاعفات الدبيلة.
5. التفكير واتخاذ القرار بشأن الجراحة المناسبة.

يجب القيام بكل هذه الأمور، مع الحفاظ على حالة المريض الغذائية والصحية العامة.

علاج دبيلة (تجمعٌ قيحيٌ في جوفٍ)

يتم علاج مرضى الدبيلة من خلال الدمج بين العلاج الدوائي والجراحة. الأدوية الأساسية في مثل هذه الحالات هي المضادات الحيوية التي يتم إعطاؤها عن طريق الوريد. أما العلاج الجراحي، فله هدفين أساسيين: تفريغ السائل من فراغ الجنبة بشكل كلي, وسد الفراغ الملوث.

يتم تفريغ السائل الملوث من فراغ الجنبة بالطرق التالية:

1. تركيب منزح (Drain) أو عدة منازح بين الأضلاع من جهة الدبيلة.
2. إدخال مواد مذيبة للتخثرات لداخل فراغ الجنبة (Urokinase, Streptokinase) يوميا.
3. إدخال المضادات الحيوية عن طريق المنزح.
4. علاج طويل الأمد ومتواصل بالمنزح، مع الاستمرار بشفط السوائل.

يتم سد الفراغ الملوث في القفص الصدري من خلال جراحة تجرى تحت التخدير الكلي (تقشير نسيج جنبة المريض – Decortication of lung, رأب الصدر - Thoracoplasty ،).

50. داء الشعيات (Pulmonary Actinomycosis) :

هو عدوى ميكروبية تحت الحادة إلى مزمنة يسببها ميكروب خيطي, موجب لصبغة الجرام, غير مقاوم للحمض , لا هوائي إلى أليف الهواء القليل , ويميزه الانتشار للأنسجة المجاورة, والالتهاب القيحي والمزمن المكون لنسيج حبيبي , وتكوين خراريج متعددة وسبل, أو مسالك جيبية , أو نواسير , والتي يمكن أن تفرز حبيبات كبريتية, وأكثر الأشكال الشائعة لداء الشعيات هو داء الشعيات العنقي الوجه (الفك الأكتل), وداء الشعيات الصدري وداء الشعيات البطني , وعند السيدات من الممكن أن يحدث داء الشعيات بالحوض .

أهم الأعراض :

- تورم مؤلم أو غير مؤلم في المنطقة تحت الفك السفلي
- تحدث كحة جافة أو منتجة للبلغم
- ضيق بالتنفس و ألم في الصدر
- ارتفاع درجة الحرارة وتعرق ليلي
- فقدان الوزن
- الشعور بالتعب

دون علاج، داء الشعيات الرئوي يمكن أن يدمر أجزاء من رئتيك. يمكنك أيضا تطوير خراج الدماغ أو عدوى الدماغ تسمى التهاب السحايا. وهذا يحتمل أن يهدد الحياة.

وتشمل المضاعفات الأخرى انتفاخ الرئة، وعدوى خطيرة في العظام تسمى التهاب العظم والنقي.

التشخيص :

صورة دم وعدد من فحوصات الدم .

- خزعة الرئة: يتم إزالة قطعة صغيرة من أنسجة الرئة وفحصها للتأكد من وجود علامات تلف أو عدوى.
- تنظير القصبات: يتم استخدام أنبوب رقيق لرؤية داخل الرئتين.
- التصوير المقطعي بالصدر: يتم استخدام الأشعة السينية المتخصصة لصنع صورة لصدرك. هذا يساعد على العثور على تشوهات في الرئتين.
- تحليل البلغم: هذا يتحقق للعدوى البكتيرية، وذلك باستخدام عينة البلغم الخاص بك.

العلاج :

في أغلب حالات داء الشعيات تكون المضادات الحيوية هي العلاج الوحيد المطلوب بالرغم من أن الجراحة تكون مساعدة في حالات مختارة والبنزيل بنسيللين Benzylpenicillin (البنسلين جي Penicillin G) هو المضاد الحيوي الأفضل.

- (Amoxicillin) اموكسيسيللين
- (Amoxicillin with clavulanic acid) اموكسيسيللين و كلافولانيك اسيد
- (Benzylpenicillin) بنزيل بنيسيللين
- (penicillin G) بنسيللين جي

الوقاية :

الحفاظ على صحة الفم والاهتمام بالانتظام في الاهتمام والعناية بالأسنان.

يوضع في الاعتبار خطر التعرض للعدوى بالشعيات عند وضع لولب كوسيلة لمنع الحمل .

المضاعفات :

- التهاب العظم والنقى بالفك السفلي, والأضلاع, والفقرات.

- التهاب شغاف القلب

وجود المضادات الحيوية في المتناول حسن كثيرا مصير حالات داء الشعيات بكل أشكاله, وفي الوقت الحاضر فإن معدلات الشفاء مرتفعة, كما أن حالات التشوه أو الوفاة ليست شائعة.

51. ورم بيركت (Burkitt's Lymphoma) :

الليمفومة (lymphoma)، أو سرطان العقد الليمفاوية، هو ثالث أكثر أنواع الأورام الخبيثة انتشارا بين الأطفال، وهو يشكل ما بين 10% إلى 13% من مجمل الأورام الخبيثة في سن الطفولة.

الانتشار الوبائي: تعريف الليمفومة يشمل عددا من الأمراض التي يمكن تقسيمها لنوعين أساسيين: ليمفومة هودجكين (Hodgkin's lymphoma)، وليمفومات لا هودجكينية (Non - Hodgkin lymphoma). أما الليمفاويات اللا هودجكينية، فتقسم إلى نوعين أيضا: ليمفومة من نوع خلايا (T)، وليمفومة من نوع خلايا (B).

الليمفاويات من نوع خلايا (B) تنقسم إلى ليمفومة بيركيت وليمفومة ليست بوركيت.

عام 1950 وصف الجراح الايرلندي دينيس بوركيت (Denis Burkitt)، ورماً مؤلفًا من خلايا سرطانية تنمو في الخلايا الليمفاوية الموجودة في خدود الأطفال الأفارقة. وقد تمت تسمية هذا المرض بالليمفومة المتوطنة على اسم بوركيت. وتم في وقت لاحق، في أوروبا والولايات المتحدة، وصف مرض يشبه الليمفومة بوركيت من الناحية المجهرية، يرجع مصدره إلى العقد الليمفاوية الموجودة في البطن. وتمت تسمية هذا النوع من المرض بلمفوة بوركيت العشوائية.

في كثير من الحالات، يمكن تشخيص فيروس الـ "إبشتاين – بار" (Epstein – Barr viru) في الخلايا السرطانية، ومن الممكن أن يكون هذا الفيروس مرتبطاً بشكل أو بآخر بمسببات المرض.

أعراض ليمفومة بيركيت :

في غالبية حالات الإصابة بليمفومة بوركيت العشوائية، يبدأ المرض من التجويف البطني، ويتسم بأعراض تشمل: آلام البطن، انتفاخ البطن، الغثيان أو القيء اللذان يسببهما انسداد جزئي في الأمعاء بسبب العقد الليمفاوية المتورمة، بل إنه في بعض الحالات من الممكن الإصابة بالاستسقاء (Ascites).

في الحالات المتوطنة، تبدأ الليمفومة من منطقة الوجنتين في الوجه، ويكون هذا على الأغلب لدى الأطفال دون سن الخامسة. وهي تتسم بالألم الموضعي وبانتفاخ أنسجة الوجنة الخارجية. في بعض الحالات النادرة الأخرى، من الممكن أن تصيب الليمفومة العقد الليمفاوية الموجودة في العنق، في تجويف العين أو في الخصية. بل إنها من الممكن أن تصيب أعصاب الجمجمة. أما عندما ينتشر المرض ويصل إلى النخاع العظمي، فإن أعراضه تشمل شحوب وامتقاع الوجه، ارتفاع درجة الحرارة، ونزيف تحت الجلد. وفي حالات أقل انتشارا يمكن للمرض أن ينتقل إلى غشاء الدماغ (السحايا) ويسبب آلام الرأس ومرض عصبي بؤري.

تشخيص ليمفومة بيركيت :

تشمل الفحوص المساندة لتشخيص الإصابة بالليمفومة، فحوص الدم، ومن ضمنها فحص مستوى نازعة هيدروجين اللاكتات (Lactate dehydrogenase - LDH) في مصل الدم، تصوير الأشعة، ومنها التصوير المقطعي المحوسب (CT)، وتصوير الرنين المغناطيسي الـ (MRI). ونظرا لأن ليمفومة بوركيت خبيثة وسريعة الانتشار، من المفضل التوجه لإجراء تشخيص سريع من خلال أخذ عينة (خزعة) من كتلة الورم. في بعض الأحيان، من الممكن تشخيص الإصابة بالمرض من خلال شفط القليل من النخاع العظمي.

هذه الفحوص المخبرية المساندة، والفحوص التصويرية، تتيح تحديد المرحلة التي وصل إليها المرض، وبناء على ذلك، تحديد نوع العلاج. يعتبر المرض موضعيا طالما أصاب عقدة ليمفاوية واحدة فقط. ويعتبر منتشرا إذا أصاب عددا من العقد الليمفاوية أو إذا انتقل إلى أجهزة أخرى في الجسم مثل الغشاء الدماغي أو النخاع العظمي مثلا.

علاج ليمفومة بيركيت :

عندما يكون المرض محصورا بعضو واحد في البطن، يكون العلاج المقبول هو إجراء عملية جراحية، خصوصا إذا كانت العقدة الليمفاوية المصابة تؤدي لانغلاق والتفاف الأمعاء. عندما يكون المرض في مرحلة أكثر تقدما، يتم استخدام العلاج الكيميائي الذي يعتمد على خليط من الأدوية القاتلة للخلايا السرطانية: سيكلوفوسفاميد (Cyclophosphamide)، ميثوتروكسيت (Methotrexate)، أدريمايسين (Adriamycin) ، فينكريستين (Vincristine)، سايتوزار (Cytosar)، ايتوبوسايد (Etoposide)، واسترويدات (Steroids) .

تعتبر ردة الفعل الأولية للعلاج بمثابة إشارة تنبؤية لسير المرض، فاذا تم خلال عدة أيام من العلاج تحقيق تراجع للورم، فهناك أمل بالشفاء الكامل. وقد أحدثت العلاجات الكيميائية الحديثة قفزة جدية

في احتمالات الشفاء التام. ويمكن اليوم، معالجة نحو 90% من مرضى الليمفومة بواسطة دمج بين العلاجات الكيميائية المختلفة.

تحد آخر يواجهه الأطباء، يكمن في رفع معدلات الشفاء، وتقليل مخاطر الأعراض الجانبية والمضاعفات المستقبلية، كالإضرار بالخصوبة، نشوء ورم سرطاني ثانوي أو أي أعراض جانبية تصيب القلب. من المتعارف عليه اليوم، أن تتم ملاءمة جرعة العلاج الكيميائي لمستوى شدّة (ضراوة) الليمفومة. في الحالات التي يكون فيها المرض أقل حدّة، من الممكن تقليل تركيز الجرعة الدوائية، وبذلك يتم تقليص مخاطر وقوع مضاعفات أخرى لاحقا.

إضافة إلى ذلك، تم إدخال أدوية جديدة للعلاج، منها أدوية تعتمد على نظم مناعية (حقن مضادات للخلايا الليمفاوية) والعلاج بواسطة جينات مضادة للفيروس المسمى إيبشتاين – بار. هذه العلاجات الإنتقائية، من شأنها أن تزيد من احتمالات الشفاء وتقليل مخاطر التأثيرات الجانبية غير المرغوب بها والمضاعفات على المدى البعيد، بشكل ملحوظ.

52. مرض داء الكلية اللبي الكيسي (Medullary Cystic Disease) :

داء الكلية اللبي الكيسي (بالإنجليزية: Medullary cystic kidney disease أو MCKD) هو مرض كلوي وراثي سائد يمتاز بتصلب أنابيب الكلية مما يؤدي إلى المرحلة النهائية من مرض الكلى. الأبحاث الحديثة وجدت أن التكيسات ليس لها دور في المرض، لذلك يقترح تسمية المرض بداء الكلية اللبي ليكون أدق.[

ومن المهم الملاحظة أن وجود التكيسات قد تؤدي إلى انكماش الكلية بخلاف داء الكلية متعددة الكيسات.

هنالك نوعان من داء الكلية اللبي الكيسي هما النوع الأول (MKD1) والنوع الثاني (MKD2)

من أعراضه: الفشل الكلوي، الحكة و تغيرات في لون الجلد.

ويمكن الاطلاع على اعراض مرض الفشل الكلوي في كتابنا هذا مع مرض رقم 31 مرض الكلى المزمن (Chronic Kidney Disease) .

53. سرطان الشرج (Anal Cancer) :

سرطان الشرج هو ورم خبيث نادر الحدوث يظهر عند فتحة الشرج. عوامل المرض مختلفة وتشمل الإيدز (HIV)، فيروس الورم الحليمي البشري والتدخين. تشمل العلاجات عادة العلاج الكيميائي والإشعاعي ويمكن دمج العلاجات الطبية التكميلية مثل الوخز بالإبر، والتي سنفصلها لاحقا.

حوالي نصف حالات سرطان الشرج يتم تشخيصها قبل انتشار الورم خارج المنطقة، في حين ان حوالي الثلث يتم تشخيصهم بعد أن يكون السرطان قد انتشر إلى الغدد الليمفاوية. ويتم تشخيص 10٪ من المرضى بعد أن يكون السرطان قد انتشر إلى أعضاء بعيدة. كلما تم الكشف عن سرطان الشرج في وقت مبكر، كلما كانت فرص نجاح علاجه أفضل.

نسبة البقاء على قيد الحياة لدى النساء بعد خمس سنوات من تشخيص سرطان الشرج هي 71٪، في حين أنها تبلغ لدى الرجال 60٪. عندما يتم تشخيص السرطان في مرحلة مبكرة من المرض فإن نسبة البقاء على قيد الحياة بعد خمس سنوات هي 82٪. إذا تم تشخيص السرطان بعد انتشاره إلى الغدد الليمفاوية، فإن نسبة البقاء على قيد الحياة بعد خمس سنوات تنخفض الى 60٪. في حال تم تشخيص السرطان بعد انتشاره إلى أعضاء أخرى، فواحد فقط من كل خمسة مرضى يعيشون أكثر من خمسة أعوام.

عوامل الخطر :

عادة ما يتم تشخيص سرطان الشرج لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و- 80 عام وتكون نسبته أكثر بقليل لدى النساء. فقبل سن ال 50، يكون سرطان الشرج أكثر شيوعا لدى الرجال.

التلوث في منطقة الشرج الناجم عن فيروس الورم الحليمي البشري- HPV هو السبب الرئيسي لحدوث سرطان الشرج. وترتبط 85٪ من حالات سرطان الشرج بالتلوثات المستمرة بالفيروس الذي ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي. ينتشر الفيروس من شخص لأخر خلال ملامسة الجلد للجلد عندما يكون احدهم مصاب بالفيروس. يمكن أن تحدث الإصابة بفيروس HPV خلال ولوج المهبل، ولوج الشرج، وكذلك خلال ممارسة الجنس عن طريق الفم.

التلوث الناجم عن فيروس الورم الحليمي البشري شائع وفي معظم الحالات يكون الجسم قادرا على تنقية نفسه من الفيروس. في بعض الحالات فان التلوث لا يختفي ويصبح مزمنا. التلوث المزمن يمكن أن يؤدي إلى أنواع معينة من السرطان مثل سرطان عنق الرحم وسرطان الشرج. لقاح ال-HPV صرح بالأصل للوقاية من سرطان عنق الرحم، وتمت الموافقة عليه مؤخرا أيضا للوقاية من سرطان الشرج.

عوامل الخطر الأخرى لسرطان الشرج، بالإضافة إلى عامل السن (فوق ال- 50) هي: ممارسة الجنس مع الكثير من الشركاء، ممارسة الجنس عن طريق الشرج، ضعف الجهاز المناعي، الاحمرار والألم مستمر في هذه المنطقة والتدخين. بعض الأورام التي تتطور في منطقة الشرج ليست سرطانية، لكن يمكن أن تتطور لتصبح كذلك مع مرور الوقت.

أيضا الأشخاص الذين تم تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) المسبب لمرض الايدز، يكونون أكثر عرضة للإصابة بسرطان الشرج. يقلل العلاج الدوائي لل- HIV من مخاطر العديد من الأمراض المرتبطة بالإيدز، ولكنه لا يقلل من نسبة الإصابة بسرطان الشرج.

أعراض سرطان الشرج :

في حالات معينة، لا تظهر أعراض مرتبطة بسرطان الشرج، ولكن لدى نصف المرضى يحدث النزيف الذي يشكل العلامة الأولى للمرض. الحكة الشرجية يمكن أيضا أن تكون من أعراض سرطان الشرج، لذلك يعتقد الكثيرون خطأ أنهم مصابون بالبواسير.

علامات وأعراض سرطان الشرج الأخرى:

- ألم أو ضغط في منطقة الشرج
- افرازات غير طبيعية من فتحة الشرج
- ورم في منطقة فتحة الشرج
- تغيير في عمل الأمعاء

تشخيص سرطان الشرج :

يمكن الكشف عن سرطان الشرج أثناء الفحص الرقمي الروتيني لمنطقة الشرج أو أثناء إجراء عملية قصيرة مثل استئصال البواسير. السرطان قد يكتشف بإجراءات غازية أكثر مثل التنظير، تنظير القولون أو فحص الموجات فوق الصوتية للمستقيم. إذا كان هناك اشتباه بوجود السرطان، فيتم اجراء خزعة وفحصها من قبل الطبيب المختص.

علاج سرطان الشرج :

تشمل العلاجات التقليدية لسرطان الشرج الجراحة، العلاج الكيميائي والإشعاعي. العلاج يكون عادة مدمج ويشمل اثنتين أو أكثر من استراتيجيات العلاج. العلاج الكيميائي مع العلاج الإشعاعي هو الدمج الأكثر شيوعا للعلاج الأولي للمرض.

54. سرطان الخلايا الكلوية (Renal Cell Cancer) :

سرطان الكلى (Kidney Cancer) (الذي يسمى، أيضا: السرطانة الغُدِّيّة - Adenocarcinoma) هو مرض تنشأ فيه خلايا خبيثة (سرطانية) داخل الأغلفة الداخلية للأنابيب الدقيقة التي تتكون منها الكلية. توجد في جسم الإنسان كليتان اثنتان، على جانبي العمود الفقري (Columna vertebralis)، واحدة في كل جانب، فوق الخاصرة (Waist) بقليل.

الأنابيب الدقيقة الموجودة في داخل كل واحدة من الكليتين مسؤولة عن تصفية الدم وتنقيته, عن إخراج وتنقية كل المركبات الثانوية التي يتركب منها، في النهاية، سائل البول. يمر سائل البول من الكليتين باتجاه المثانة (Urinary bladder), من خلال أنبوب طويل جدا يسمى قناة الحالب (Ureter). تخزن المثانة في داخلها سائل البول حتى إخراجه من الجسم.

يختلف الورم السرطاني الذي يبدأ بالتكون في داخل أنبوب الحالب أو في الحُوَيضَة (حوض الكلية - Pelvis renalis : الجزء من الكلية الذي يجمع سائل البول ويقوم بتصريفه باتجاه الحالب) ، في جوهره وماهيته، عن سرطان الكلى (Kidney Cancer).

أعراض سرطان الكلى :

اعراض التي قد تدل على الإصابة بمرض سرطان الكلى تشمل، من بين ما تشمله، وجود دم في البول وظهور كتلة في جوف البطن.

قد تنتج هذه الأعراض, وأعراض اخرى عديدة ، عن نشوء ورم سرطاني في داخل الكلية. لكن ثمة أمراض عديدة أخرى يمكن أن تسبب أعراضا مماثلة. وقد لا تظهر أية أعراض في المراحل الأولية من سرطان الكلى، وقد لا تظهر اعراض سرطان الكلى إلا بعد ازدياد حجم الورم السرطاني.

يفضل التوجه إلى الطبيب في حال ملاحظة أحد الأعراض التالية:

- ظهور دم في البول
- تكوّن كتلة في جوف البطن
- ظهور أوجاع في جانب الجسم لا تختفي
- فقد الشهية
- فقد الوزن بدون أي سبب ظاهر للعيان
- فقر الدم (Anemia)

أسباب وعوامل خطر سرطان الكلى :

قد يزيد التدخين وتناول بعض أنواع الأدوية المسكنة للأوجاع بطريقة غير سليمة من خطر الإصابة بمرض سرطان الكلى.

وتشمل عوامل الخطر:

- التدخين

- الاستهلاك غير السليم، ولفترة طويلة، لأنواع معينة من مسكنات الأوجاع التي تباع بدون وصفة طبية

- متلازمات جينية معينة مثل: متلازمة فون هيبل لينداو (Von Hippel - Lindau syndrome) أو حمل الجين المسؤول عن سرطان الكلى من نوع سرطانة الخلايا الكلوية الحُلَيميّة (Papillary renal cell carcinoma).

تشخيص سرطان الكلى :

من أجل اكتشاف سرطان الكلى وتحديد موقعه الدقيق، يتم إجراء فحوصات خاصة لجوف البطن:

- فحص جسدي شامل وفحص التاريخ الطبي للمريض
- فحوصات كيمياء الدم (Blood chemistry)
- فحوصات بول
- اختبار وظيفة الكبد (Liver function test)
- تصوير الحوض، من خلال إجراء في داخل الوريد
- تصوير فائق الصوت (بالموجات فوق الصوتية - Ultrasound)
- تصوير مقطعي محوسب (Computed Tomography - CT)
- تصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic resonance imaging - MRI)
- الخزعة (Biopsy)

علاج سرطان الكلى :

هناك عدة عوامل قد تؤثر على تقييم احتمالات الشفاء من سرطان الكلى وعلى اختيار بدائل علاج سرطان الكلى.

يتعلق تقييم احتمالات الشفاء واختيار بدائل علاج سرطان الكلى المتاحة بما يلي، بشكل خاص وأساسي:

المرحلة التي وصل إليها مرض سرطان الكلى

سن المريض ووضعه الصحي العام

55. التهاب الشغاف (Infective Endocarditis) :

الْتِهابُ الشَّغافِ العَدْوائِيّ (Infective endocarditis) ينشأ من تلوث بكتيري يصيب طبقة الخلايا الطِّلائية في القلب. يتكون الضرر الأساسي والذي يعرف بالنابتة (Vegetation)، من تراكمات الصَّفيحات الدموية (Thrombocytes)، الفِبْرينات (Fibrin)، خلايا الجهاز المناعي والبكتيريا. غالبًا ما يطال هذا التلوث صِمَّامات القلب. ينتج التلوّث إثر انتشار البكتيريا في مجرى الدم عبر الفم (الفك والأسنان!)، الجهاز الهضمي، أو من أيِّ مصدر آخر معرض لتلوُّث خارجي، واستقرارها على خلايا طِلائية كان قد لحق بها ضرر معين.

تقدر نسبة انتشار المرض ب 5.9- 11.6 حالة لكل مائة ألف شخص (5.9- 11.6 – 100000)، بحيث إن نسبة الانتشار آخذة بالازدياد. قد ترجع هذه الزيادة في نسبة الانتشار إلى فرط استعمال المواد المخدرة. يعتبر هذا المرض أكثر شيوعًا لدى الرجال. وعادة في 55%-75% من الحالات، تكون الإصابة لدى أشخاص مصابين بمرض قلبي عضوي سابق (مثل العيوب الخِلقية في القلب، كتدلي الصِّمام التاجي - (Mitral valve prolapse) أو مرض مكتسب مثل أمراض نظم القلب)، أما في 7%-25% من المرضى فتكون لديهم صِمَّامات صناعية (صِمَّامات مبدلة) (Heart valve prosthesis). ومن الهامّ ذكره هنا، أنه في 30% من الحالات المرضية لا تكون الخلفية المرضية السابقة مفهومة.

إن أنواعًا متعددة من البكتيريا في صِمَّامات القلب الطبيعية، قد تسبب التلّوث. البكتيريا الأكثر تأثيرًا هي: البكتيريا العِقْدِيَّة (Streptococcus)، والعُنقودية (Staphylococcus)، والمُكَوَّراتُ المِعَوِيَّة (Enterococci) والبكتيريا سلبية الغرام (Gram - negative bacteria). يرتفع خطر الإصابة بالتهاب الشَّغاف بقدر سبعة أضعاف لدى الأشخاص الذين يحقنون أنفسهم بالمواد المخدرة، مقارنة مع الأشخاص الذين يعانون من أمراض قلب مولودة أو أصحاب صِمَّامات مبدلة. في معظم حالات الإصابة بالتلوُّث، يصاب الصِّمام الأيمن للقلب وعادة ما يكون الملوث الأساسي هو الجرثومة العُنقودية الذهبية (Staph Aureous).

يوجد هنالك ازدياد ملحوظ في خطر الإصابة بالشَّغاف، في الشهور الستة الأولى التي تلي عملية استبدال الصِّمام. وتقدر نسبة انتشار الإصابة بالشَّغاف بعد مرور هذه الفترة الزمنية الحرجة ب 0.2-0.3 في السنة. إن خطر الإصابة بالمرض في السنة الأولى من إجراء العملية، يكون بالذات في الصِّمامات الاصطناعية (Mechanical heart valve). إلاّ أنه بعد ذلك، فإن خطر الإصابة

يزداد بالأخص في الصِّمامات البيولوجية (Biological heart valve). الجراثيم المُحْدِثة للتلوُّث الأساسية هي الجراثيم العُنقودية، الفِطريات والجراثيم سلبية الغرام.

إن معدل الوفيات لدى المصابين بالشَّغاف يتراوح بين 16% و 27%. أما أغلب حالات الوفاة، فتكون عند المرضى كبار السن المصابين بأمراض مزمنة. تبلغ نسبة نجاة الأشخاص ذوي الصِّمامات القلبية الطبيعية، والذين تُجرى لهم عملية جراحية علاجية ال- 85%. أما في حال كانت الصِّمامات اصطناعية فتصل نسبة الوفاة إلى 60% في تلوّث حصل مبكرًا، ونسبة 40% إذا حصل التلوث متأخرًا .

تشير التقارير إلى تكرار حدوث الحالة في 2%- 4% من المرضى. من المتبع إعطاء المضادات الحيوية كعلاج وقائي، قبل القيام بأي عمليات جراحية قد تعرض المريض للإصابة بتلوث بالجراثيم (مثلاً عند إجراء علاج للأسنان، فحص الجهاز الهضمي، الرئتين والكُلى بوساطة وسائل باضِعَة ((Invasive means) .

أعراض التهاب الشغاف العدوائي :

تظهر لدى 80% من المرضى أعراض المرض بعد أسبوعين من التعرض للتلوث. أما في ال 20% الباقين فقد تطول المدة الزمنية حتى تظهر الأعراض. إن أكثر الأعراض تميزًا هو الحُمَّى، والتي تكون مصحوبةً بأعراض أخرى مثل التعرُّق، فِقدان الوزن والضعف. يتم في المعاينة الجسدية، الكشف غالبًا عن نفخة قلبية (Heart murmur) غير اعتيادية. كما أنه من الممكن ظهور تضخّم في الطحال، وأعراض في أجهزة الجسم المختلفة كَنُزوف شَظَوِيّة (Splinter hemorrhage) وحَبَرات (Petechia) أو آثار لصِمَّات (Emboli) مصدرها من القلب، وتصل أعضاء الجسم المختلفة وخاصة الدماغ. في حال تسبب التلوّث بضرر ميكانيكي ملحوظ في الصِّمامات، قد تنشأ علامات مرضية لفشل في القلب (Heart failure). ينشأ لدى 15% من المرضى ضرر للكُلى على خلفية رد الفعل المناعي للتلوث .

تشخيص التهاب الشغاف العدوائي :

من العلامات التي تشير إلى حدوث الشَّغاف: ظهور حُمَّى متواصلة لدى أشخاص مصابين بأمراض قلبية لها علاقة بالصِّمامات، مع ظهور علامات في أجهزة الجسم المختلفة، ظهور صِمَّات، والحصول على دلائل مخبرية تشير إلى تواجد تلوُّثات جرثومية ودلائل في اختبار تخطيط صدى القلب (Echocardiogram) على حدوث التلوُّث في الصِّمامات.

التحاليل المخبرية: في حال الاشتباه بتطور المرض، فمن المتبع تجهيز عدد من المَزارع الدموية (المُسْتَنْبِتات الدموية - Blood cultures) لإنبات الجراثيم المسببة للتلوُّث. تشير التحاليل المخبرية عادة إلى فقر في الدم (Anemia) وارتفاع في تعداد خلايا الدم البيضاء (Leukocytosis) وفي سُرْعَة تَثَفُّلِ الكُرَيَّاتِ الحُمُر (- Erythrocyte sedimentation rate ESR). وقد يظهر اضطراب في نشاط الكُلى.

علاج التهاب الشغاف العدوائي :

يهدف العلاج، والذي قد يتم إما عن طريق الأدوية أو عملية جراحية، إلى إنهاء التلوُّث بشكل تام، وعلاج المضاعفات الميكانيكية في القلب وخارجه والتي أُحْدِثَت بفعل التلوّث.

العلاج بالأدوية (مضادات حيوية): يتم اختيار العلاج باستخدام المضادات الحيوية حسب درجة تأثّر الجراثيم التي استخلصت في المَزْرَعَةِ الدموية للمُرَكب الدوائي، وحسب قدرته على التسبب بأقل معدل من الأعراض الجانبية التي قد تصيب المريض. قد يتم إعطاء العلاج كنوع واحد من الأدوية، وقد يتم الجمع بين أنواع مختلفة والتي تساعد في تقصير مدة العلاج. لمدة واستمرارية العلاج علاقة بنوع الصِّمام المتضرر (إذا كان طبيعيًّا أو اصطناعيًّا)، ونوع الجرثومة المُسببة للتلوث. في حالة كان الصِمّام طبيعيًّا فمن المتبع وصف علاج يستمر بين أربعة إلى ستة أسابيع، أما في حال كان الصِمّام اصطناعيًّا فيمتد العلاج على الأقل فترة ستة أسابيع وأحيانًا أكثر. عادةً ما تتراجع أعراض الحُمَّى بعد انقضاء الأسبوع الثاني للعلاج عند 90% من المرضى.

قد تكون هناك حاجة لإجراء عملية جراحية في مرحلة التلوّث الحاد عند 25% - 30% من المرضى، بينما تطرأ الحاجة لإجراء جراحي في مرحلة متقدمة أكثر عند 20% - 40% من المرضى.

تطرأ الحاجة لإجراء عملية جراحية عند وجود الأسباب التالية:

عند حدوث ضرر آلي شديد لأحد الصِمّامات والذي يؤدي عادة لفشل القلب، عند نشوء خُراجة (Abscess) أو تخطي التلوّث الصِمّاماتِ وتغلغله في القلب، عند وجود حالة تلوث سابقة في حال كانت الصِمّامات اصطناعية أو عند تلوث الصِمّام الاصطناعي بالجراثيم العُنقودية الذهبية (Staphylococcus aureus)، عندما يكون التلوُّث محدثًا بفعل الفطريات، تلوثات تؤدي إلى نشوء انْصِمامات وتلوثات لا تستجيب للعلاج بالمضادات الحيوية. يتم تحديد موعد الجراحة حسب حالة المريض. يتم في العملية استبدال الصِمّام المُصاب (إذا لم تكن هناك إمكانية لإصلاحه) كما ويتم استئصال الأنسجة المصابة بالتلوث المحيطة بالصِمّام.

56. خلل الوظائف المستقلة (Autonomic Neuropathy) :

يحدث اعتلال الاعصاب المستقلة عندما تتضرر الأعصاب التي تتحكم بوظائف الجسد اللاإرادية، ويمكن أن يؤثر هذا على ضغط الدم، والتحكم في درجة الحرارة، عملية الهضم، وظيفة المثانة وحتى الأداء الجنسي. ويتداخل ضرر الأعصاب مع الرسائل المبعوثة بين الدماغ وباقي الأعضاء ومناطق النظام العصبي اللاإرادي مثل، القلب والأوعية الدموية وغدد التعرق. وينقسم الجهاز العصبي إلى مركزي وطرفي، والجهاز المركزي يتكون من المخ والحبل الشوكي، أما الأعصاب الطرفية فتقسم إلى أعصاب حسية وحركية وذاتية (لا إرادية). والجهاز العصبي الذاتي ينقسم إلى قسمين جهاز عصبي سيمبثاوي، وباراسيمثاوي.

أعراض اعتلال الاعصاب المستقلة :

يعتمد ظهور الأعراض على مكان العصب المصاب، وتتضمن الأعراض: دوار وإغماء عند الوقوف فجأة من وضع الجلوس، بسبب انخفاض حاد في ضغط الدم.

مشاكل في التبول، مثل صعوبة في بدء التبول، سلس البول، عدم اكتمال التبول والتهابات مجري البول.

مشاكل في العلاقة الجنسية، بالنسبة للرجال (سرعة القذف، ضعف الانتصاب)، أما السيدات (جفاف في بطانة المهبل، التهابات متكررة، عدم الوصول إلى النشوة الجنسية أثناء الجماع).

عسر الهضم مثل، الإسهال، الإمساك، الإحساس بالامتلاء حتى مع تناول كميات بسيطة من الطعام، ضعف الشهية، غثيان، قيء، ألم حارق بالصدر.

مشاكل في الغدد العرقية، والتي تؤثر بدورها على التحكم بدرجة حرارة الجسد.

التأثير على حركة البؤبؤ (إنسان العين) والذي يتحكم في دخول الضوء للعين حتى ترى أمامها.
عدم تحمل أداء التمارين لفترات طويلة، بسبب عدم قدرة القلب على ضخ كميات مناسبة من الدم للعضلات والرئتين.

أسباب اعتلال الاعصاب المستقلة :

مرض البول السكري هو أشهر الأسباب على الإطلاق، خاصة إذا كان هذا المرض مصاحباً للمريض لأكثر من 25 عاماً، ومصاب بأمراض أخرى مثل ارتفاع نسبة الدهون في الدم وارتفاع الضغط، ولكن توجد بعض الأمراض الأخرى التي لا يمكن إهمالها مثل:

مرض الداء النشواني، وهو داء يتسبب في تراكم المواد الشبيهة بالنشا في أعضاء الجسم المختلفة، كالكبد والرئة والكلى. الأمراض المناعية الذاتية، حيث يقوم الجهاز المناعي بمهاجمة أعصاب الجسم السليمة، بسبب طفرات جينية بالجهاز المناعي أدت إلى اختلال وظيفته.

ومن ضمن هذه الأمراض، الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتويدي، متلازمة جوغرين، الداء البطني ومتلازمة جوليان باري.

إصابة الأعصاب في الحوادث أو العمليات الجراحية. العلاج الكيماوي للسرطانات.

أمراض الدماغ المزمنة، مثل الشلل الرعاش وداء التصلب المتناثر.

بعض الميكروبات الصغيرة كالبكتيريا والفيروسات مثل فيروس الإيدز.

بعض الأمراض الوراثية النادرة.

عوامل خطر اعتلال الاعصاب المستقلة :

أمراض السرطان.

خفض إنتاج هرمونات الغدة الدرقية.

البرفيريا، وهو خلل وراثي في تمثيل مادة البورفيرين الناتجة من تكسير كرات الدم الحمراء.

تشخيص اعتلال الاعصاب المستقلة :

سيقوم الطبيب بأخذ التاريخ المرضي من المريض الذي لديه أعراض تؤكد إصابته بداء اعتلال الاعصاب المستقلة، ثم يقوم بعمل الفحص الإكلينيكي اللازم وفي النهاية سيطلب إجراء بعض الفحوصات. التاريخ المرضي الطبيب سيسأل المريض عدة أسئلة عن الأعراض وكيف بدأت، وما هي الأمراض المزمنة المصاحبة والأدوية المستعملة.

الفحص الإكلينيكي

يتضمن إجراء بعض الاختبارات للتأكد من سلامة الجهاز العصبي الذاتي مثل: اختبارات التنفس، للتأكد من وظيفة القلب وضغط الدم أثناء أداء التمارين الرياضية.

اختبار المنضدة، ويتضمن قياس ضغط الدم أثناء النوم على المنضدة ثم قياسه بعد النهوض منها.

اختبارات وظائف الجهاز الهضمي، وتتضمن فحص وظائف المعدة في الهضم والإفراغ. ويقوم بها طبيب متخصص في أمراض الجهاز الهضمي.

اختبار العصب المزود للغدد العرقية، ويتضمن إرسال شحنات كهربية لهذه الأعصاب لتحفيزها على زيادة إفراز الغدد العرقية للوقوف على سلامة هذه الأعصاب.

اختبارات استعمال العرق الناتج من الجسم، لقياس درجة الحرارة في أوقات مختلفة.

الفحوصات الأخرى

تحليل كامل للبول، وإجراء اختبارات وظائف الحركة للمثانة البولية.

أشعة سونار على منطقة البطن والحوض للكشف على الجهاز البولي بالكامل.

الوقاية من اعتلال الاعصاب المستقلة :

يمكن الوقاية من مرض اعتلال الاعصاب المستقلة، عن طريق القيام ببعض الخطوات، ومن ضمنها:

الاعتناء بالصحة العامة. تناول الخضراوات والفاكهة الطازجة المحتوية على فيتامينات ب 6 وب 12. تناول وجبات صغيرة في الكمية، لكن بصورة مستمرة خلال اليوم لا تقل عن 5-6 وجبات في اليوم.

إجراء التمارين الرياضية البسيطة.

الإقلاع عن التدخين والكحوليات والمواد المخدرة والوجبات السريعة، التي تزيد من نسب الدهون في الدم.

تناول الأدوية بالجرعات المناسبة للأمراض التي من الممكن أن تؤدي لالتهابات الأعصاب الذاتية، مثل البول السكري، ارتفاع ضغط الدم، الأمراض المناعية الذاتية، وغيرها.

تغيير نمط الحياة، مثل النهوض بطريقة ملائمة من النوم (بداية ضع قدميك على الأرض لمدة دقائق قليلة ثم انهض ببطء)، ووضع وسادة كبيرة أسفل رأسك أثناء النوم أو الراحة.

بعض الدراسات أشارت إلى إمكانية استخدام مضادات الأكسدة والتي تحمي العصب من الالتهابات.

علاج مرض اعتلال الاعصاب المستقلة :

يقوم العلاج على علاج المرض الرئيسي المسبب لالتهابات الأعصاب الذاتية، وعلاج الأعراض الناجمة عن هذا المرض والتي تؤثر على حياة المريض.

علاج اختلال الجهاز الهضمي

زيادة نسبة الألياف الطبيعية والسوائل في الوجبات.

دواء ميتوكلوبراميد الذي يساعد المعدة على الهضم وسرعة الإفراغ. استخدام الملينات، للقضاء على الإمساك المزمن.

المضادات الحيوية الجيدة في التعامل مع حالات الإسهال.

مضادات الاكتئاب، حيث تُستعمل لعلاج ألم البطن الناتج عن التهابات الأعصاب الذاتية.

علاج اختلال الجهاز البولي عمل جدول زمني لتحديد أوقات شرب السوائل وأوقات استعمال المرحاض للتبول، وذلك لتدريب الجهاز العصبي المركزي وتقوية عضلات المثانة والصمامات التي تمنع نزول البول لا إرادياً.

دواء بيثانيكول، الذي يساعد على إفراغ المثانة جيداً.

تركيب قسطرة بول لإفراغ المثانة. استخدام أدوية تمنع النشاط الزائد لعضلة المثانة مثل أوكسيبيوتينين.

علاج اختلال الوظيفة الجنسية

الرجال الذين لديهم ضعف في الانتصاب، من الممكن لهم تناول دواء سيلدنافيل، دواء فاردانيفيل، أو دواء تادالافيل، لكن إذا كان المريض لديه أمراض في القلب، فيجب أن يستشير الطبيب المعالج أولاً قبل أخذ هذه الأدوية.

النساء الذين لديهم مشاكل جنسية، يُنصح باستخدام كريمات مرطبة للمهبل.

علاج عدم انتظام ضغط الدم

استخدام أدوية ترفع من ضغط الدم ، وشرب السوائل بكميات كبيرة، وزيادة نسبة الملح في الطعام.

أدوية تنظم من ضربات القلب مثل حاصرات بيتا.

علاج زيادة إفراز العرق استخدام دواء جليكوبيرولات.

57. اعتلال الأعصاب المحيطية (Peripheral Neuropathy) :

غالبًا ما يسبب الاعتلال العصبي المحيطي الناتج عن تلف في الأعصاب الطرفية الضعف والتنميل والألم، وعادةً ما يكون في اليدين والقدمين. ويمكن أن يصيب مناطق أخرى من الجسم أيضًا.

يرسل الجهاز العصبي المحيطي معلومات من الدماغ والحبل الشوكي (الجهاز العصبي المركزي) إلى بقية الجسم. يمكن أن ينتج الاعتلال العصبي المحيطي عن الإصابات الرضحية وحالات العدوى وأمراض الأيض والأسباب الوراثية والتعرض للمواد السامة. يعد داء السكري واحدًا من الأسباب الأكثر شيوعًا.

يصف الأشخاص المصابون بالاعتلال العصبي المحيطي الألم بشكل عام بأنه يشبه الطعن أو الحرق أو الوخز. في العديد من الحالات، تتحسن الأعراض، خاصةً إذا كانت ناجمة عن مرض قابل للعلاج. يمكن للأدوية تقليل ألم الاعتلال العصبي المحيطي.

الأعراض :

لكل عصبٍ طرفيٍ وظيفةٌ محددة، لذلك تعتمد الأعراض على نوعية العصب المصاب. يمكن تقسيم الأعصاب إلى:

أعصاب حسية مسئولة عن إحساس الجلد بالحرارة مثلًا، أو الألم، أو الاهتزاز، أو اللمس

أعصاب حركية مسؤولة عن حركة العضلات

الأعصاب المستقلة/اللاإرادية المسؤولة عن الوظائف الحيوية كضغط الدم، ونبض القلب، والهضم، والتحكم في المثانة

تتضمن علامات التهاب الأعصاب الطرفية وأعراضه:

- شعورًا تدريجيًا بالخدر أو التنميل أو القشعريرة في يديك وقدميك، ينتقل لذراعيك وساقيك
- ألمًا حادًا، أو فجائيًا، أو نابضًا، أو لاسعًا، أو حارقًا
- حساسية شديدة للمس
- ضعف التناسق العصبي العضلي ما يؤدي إلى السقوط
- ضعف العضلات أو شللها في حالة إصابة الأعصاب الحركية
- إذا كانت الإصابة في الأعصاب المستقلة/اللاإرادية، تكون الأعراض والعلامات كالتالي:
- عجز عن تحمل الحرارة واضطراب التعرق
- مشاكل في الأمعاء، والمثانة، وعملية الهضم
- تغيرات في ضغط الدم تسبب الدوار

قد يصيب التهاب الأعصاب الطرفية عصبًا واحدًا (اعتلال العصب الأحادي)، أو اثنين أو أكثر في مناطق مختلفة (اعتلال الأعصاب الوحيدة المتعدد) أو عددًا كبيرًا من الأعصاب (الاعتلال العصبي المتعدد). متلازمة النفق الرسغي هي واحدةٌ من أمثلة اعتلال العصب الأحادي. أغلب المصابين بالتهاب الأعصاب الطرفية تكون إصابتهم هي الاعتلال العصبي المتعدد.

الأسباب :

لا يعتبر الاعتلال العصبي المحيطي مرضًا واحدًا، فهو تلف أعصاب ناجم عن عدد من الحالات. تشمل أسباب الإصابة بالاعتلالات العصبية:

- إدمان الكحول. يمكن أن يؤدي ضعف الخيارات الغذائية من قبل الأشخاص المصابين بإدمان الكحول إلى نقص الفيتامينات.
- أمراض مناعية ذاتية. يشمل ذلك متلازمة شوغرن، والذئبة، والتهاب المفاصل الروماتويدي، ومتلازمة غيلان باريه، والتهاب الأعصاب المزمن المزيل للنخاعين والتهاب الأوعية الدموية الناخر.
- داء السكري. يصاب أكثر من نصف المصابين بالسكري نوعًا من اعتلال الأعصاب.
- التعرض للسموم. تشمل المواد السامة المعادن الثقيلة أو المواد الكيميائية.
- الأدوية. يمكن أن تسبب بعض الأدوية، خاصة تلك المستخدمة لعلاج السرطان (العلاج الكيميائي)، الاعتلال العصبي المحيطي.
- العدوى. يتضمن هذا عدوى بكتيرية أو فيروسية معينة بما في ذلك داء لايم، والهربس النطاقي (النطاقي الحماقي)، وفيروس ابشتاين بار، والالتهاب الكبدي سي، والجذام، والدفتيريا وفيروس نقص المناعة البشري.
- الاضطرابات الموروثة. تعد الاضطرابات مثل داء شاركوت ماري توث أنواعًا وراثية من الاعتلال العصبي.
- الصدمة أو الضغط على العصب. يمكن أن تؤدي الصدمات، مثل حوادث السيارات أو السقوط أو الإصابات الرياضية، إلى قطع أو تلف الأعصاب الطرفية. يمكن أن ينتج ضغط الأعصاب بسبب جبيرة أو استخدام العكازات أو تكرار حركة معينة مثل الكتابة.
- الأورام. يمكن أن تتطور عمليات النمو السرطانية (الخبيثة) وغير السرطانية (الحميدة)، على الأعصاب نفسها أو يمكن أن تزيد الضغط على الأعصاب المحيطة. كما يمكن أن ينشأ اعتلال الأعصاب المتعددة نتيجة لبعض أنواع السرطان المرتبطة بالاستجابة المناعية للجسم. هذه هي شكل من أشكال متلازمات الأباعد الورمية.
- نقص الفيتامينات. تُعد فيتامينات ب وتشمل ب-1، ب-6، وب-12 وفيتامين هـ والنياسين مهمة لسلامة الأعصاب.
- اضطرابات نخاع العظام. يشمل ذلك البروتين غير الطبيعي في الدم (الاعتلال الغامائي أحادي النسيلة) وهو نوع من سرطان العظام (ورم نقوي بسبب تصلب العظام)، والورم السرطاني الليمفاوي والداء النشواني.
- أمراض أخرى. تشمل مرض الكلى، ومرض الكبد، واضطرابات نسيجية ذات صلة وقصور نشاط الغدة الدرقية (القصور الدرقي).

في عدد من الحالات، لا يمكن تحديد أي سبب (مجهول السبب)

عوامل الخطر :

تتضمن عوامل خطر الاعتلال العصبي المحيطي ما يلي:

- داء السكري، خاصةً في حالة التحكم الرديء في مستويات السكر
- سوء استخدام الكحول
- نقص الفيتامينات، لا سيما فيتامينات ب
- حالات العدوى، مثل: داء لايم، والهربس النطاقي، وفيروس إبشتاين-بار، والتهاب الكبد سي، فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)
- أمراض المناعة الذاتية، مثل: التهاب المفاصل الروماتويدي، والذئبة، حيث يهاجم جهازك المناعي أنسجة جسمك
- اضطرابات الغدة الدرقية، أو الكبد، أو الكُلى
- التعرض إلى المواد السامة
- الحركة المتكررة، كتلك التي تؤدى في وظائف معينة
- وجود تاريخ عائلي للإصابة باعتلال الأعصاب

الوقاية :

تحكّم في الحالات الكامنة

تُعد إدارة الحالات الطبية التي تعرضك للخطر الطريقة الأفضل لمنع الاعتلال العصبي المحيطي، مثل داء السكري، أو استخدام المواد الكحولية، أو التهاب المفاصل الروماتويدي.

حدد خيارات نمط الحياة الملائمة لصحتك

على سبيل المثال:

- اتبع نظامًا غذائيًا غنيًا بالفواكه والخضروات والحبوب الكاملة والبروتينات الخالية من الدهون للحفاظ على سلامة الأعصاب. قاوم نقص فيتامين ب-12 عن طريق تناول اللحوم، والسمك، والبيض، ومنتجات الألبان قليلة الدسم، والحبوب المشبعة. إذا كنت شخصًا نباتيًا، فإن الحبوب المشبعة تعد مصدرًا جيدًا لفيتامين ب-12، ولكن يجب استشارة الطبيب حول مكملات فيتامين ب-12.

- ممارسة التمارين بانتظام. بالحصول على موافقة طبيبك، حاول الحصول على 30 دقيقة على الأقل إلى ساعة واحدة ثلاث مرات في الأسبوع على الأقل.

- تجنب العوامل التي قد تسبب تلف الأعصاب, وتشمل الحركات التكرارية، والوضعيات التشنجية، والتعرض للمواد الكيميائية السامة، والتدخين والإفراط في معاقرة الكحوليات.

علاج اعتلال الأعصاب المحيطية :

تعتبر أهداف العلاج هي السيطرة على الحالة المسببة للاعتلال العصبي، وتخفيف الأعراض. وإذا كانت الفحوصات المعملية تشير إلى عدم وجود حالة كامنة، فقد يُوصي طبيبك بالانتظار اليقظ لرؤية إذا ما كان اعتلال الأعصاب يتحسن. الأدوية إلى جانب الأدوية المستخدمة لعلاج الحالات المرتبطة باعتلال الأعصاب المحيطية، قد تتضمن الأدوية المستخدمة لتخفيف علامات وأعراض اعتلال الأعصاب المحيطية ما يلي:

- مسكنات الألم.
- الأدوية المضادة للصرع.
- العلاجات الموضعية.
- مضادات الاكتئاب.

العلاجات :

قد تساعد العلاجات والإجراءات المختلفة على تخفيف علامات وأعراض اعتلال الأعصاب المحيطية، وتتضمن ما يلي: تحفيز العصب الكهربائي عبر الجلد، ويجب أن يتم تطبيق تحفيز العصب الكهربائي عبر الجلد لمدة 30 دقيقة يومياً لمدة شهر تقريباً.

تبادل البلازما والجلوبيولين المناعي الوريدي، فقد تفيد هذه الإجرءات، والتي تساعد على قمع نشاط الجهاز المناعي، الأشخاص المصابين ببعض الحالات الالتهابية.

العلاج الطبيعي وقد تحتاج أيضاً إلى دعامات اليد، أو القدم، العصا، المشاية، أو الكرسي المتحرك.

العملية الجراحية إذا كنت تعاني من اعتلال الأعصاب الناتج عن الضغط على الأعصاب، مثل الضغط الناتج عن الأورام.

58. الذئبة الحمامية المجموعية (Systemic Lupus Erythematosus) :

لذئبة الحُمامية المجموعية / الجهازية (Systemic Lupus Erythematosus) هي مرض التهابي ينجم عن إصابة ذاتية في الجهاز المناعي في اعضاء الجسم المختلفة (مرض مناعي ذاتي - Autoimmune disease). اسم هذا المرض مشتق من طفح جلدي أحمر فراشيّ الشكل (Butterfly rash) يظهر على الخدين وعلى جسر الأنف (حُمامية) فضلا عن التهاب في العديد من أجهزة وأعضاء الجسم (مجموعية).

كلمة الذئبة تعود إلى ظهور تقرحات على الجلد تشبه علامات العضّات، تمثل علامة نادرة على الجلد خاصة بهذا المرض. هذا المرض هو مرض مزمن، ولكن هنالك فترات يحصل فيها تحسّن واختفاء الآفات الجلدية وهذه الفترات تدعى فترات الهدوء (remissions) وأحيانا هنالك فترات تحصل فيها انتكاسات فينتشر خلالها المرض (نكس - relapse ،Flare - وهيج).

بينما يتجند الجهاز المناعي (Immune system) في جسم الإنسان المعافى لمحاربة الملوثات الخارجية، من جهة، والخلايا التي تحولت إلى خلايا سرطانية، من جهة أخرى، فإن الجهاز المناعي لدى المرضى المصابين بالذئبة الحمامية المجموعية، ولسبب غير معروف، يقوم بإنتاج أجسام

مضادة (Antibodies) للحمض النووي الريبي المنزوع الأكسجين/ الدنا (Deoxyribonucleic acid - DNA)، بروتينات، دهون وكربوهيدرات، بينما تصيب الخلايا المناعية، بالمقابل، خلايا ومكوّنات الأنسجة المختلفة، أيضا، مما يجعل أي عضو في الجسم عرضة للإصابة.

تظهر الذئبة الحمامية المجموعية بنسب انتشار مختلفة في المجموعات العرقية المختلفة، تتراوح بين 15 وحتى 50 إصابة جديدة من بين كل 100،000 شخص، في كل سنة. وهذا المرض أكثر شيوعا بين الأشخاص ذوي البشرة السوداء وبين سكان منطقة الكاريبي. وينتشر المرض بين النساء أكثر منه بين الرجال بـ 9 أضعاف، وعادة ما تظهر العلامات الأولى للمرض لدى النساء في فترة الخصوبة. لا يوجد سبب واضح لهذا المرض ويبدو أن ثمة عوامل وراثية، بيئية (تلوثات مختلفة)، مع بيئة هرمونية مناسبة، يمكن أن تؤدي معا إلى ظهور المرض.

الذئبة الحمامية المجموعية يمكن أن تصيب مختلف اعضاء الجسم ومختلف الاجهزة، لكن الاكثر شيوعا هو الطفح الجلدي على سطح الجلد المكشوف للشمس، تساقط الشعر، القلاع (Aphthae) في مخاطية الفم (Oral mucosa)، التهاب المفاصل، التهاب الجنبة (Pleura)، التهاب الصفاق (Peritoneum) والتهاب كيس القلب التامور (Pericardium). إصابة خلايا الدم المختلفة هي امر شائع أيضا ويمكن احيانا ملاحظة قلة الصفيحات الدموية (Thrombocytopenia) وقلة كريات الدم البيضاء (Leukopenia)، بالإضافة الى انحلال خلايا الدم (Hemolysis) الذي يحصل، على الأغلب، جراء وجود اجسام مضادة ترتبط بأغشية الخلايا. أما الإصابات الأكثر جدية وخطورة فهي تلك التي تحصل في الدماغ والكليتين، والتي يمكن أن تسبب حالات مرضية خطيرة، قد تصل إلى حد موت المريض.

ليس هنالك، تقريبا، أي مريض يصاب بمرض الذئبة الحمامية المجموعية من دون تأثير العملية الالتهابية على نسيج الكليتين لديه، لكن هذه الحقيقة تكتسب أهمية سريرية لدى نصف المصابين فقط.

بعض المصابين بالذئبة الحمامية المجموعية يصابون، بالمقابل، بمتلازمة مضاد الفوسفولبيد (متلازمة الأجسام المضادة للفوسفولبيد - Antiphospholipid syndrome) التي تتميز بكثرة تجلط الدم (التخثر) في الأوعية الدموية (Thrombosis) والإجهاض المتكرر.

الذئبة الحمامية المجموعية، الحمل والولادة:

عند النساء اللواتي أصبن بهذا المرض، وهو مرض نشط لديهن، تظهر في بعض الاحيان اضطرابات في انتظام مواعيد الحيض. ويسبب العلاج الذي يعطى لهذا المرض ضررا في الخصوبة لدى أولئك النساء. كما تظهر لدى المصابات بالذئبة الحمامية المجموعية نسبة مرتفعة من حالات الإجهاض، موت الجنين في داخل الرحم، تسمم الحمل والولادة المبكرة. ومن المعروف ايضا ان العديد من المصابات (حتى 60%) تحصل لديهن انتكاسات خلال فترة الحمل أو لدى الولادة. في بعض الأحيان، تتغلغل بعض الأجسام المضادة المُمرِضة إلى داخل المشيمة فتسبب ضررا للجنين قد يؤدي إلى انسداد في التوصيل الكهربائي في القلب، والى طفح جلدي مميز.

خصائص مخبرية:

"الأجسام المضادة الذاتية" هو اسم يطلق على المضادات التي ترتبط بمكونات ذاتية في جسم المريض وقد تم، حتى الان، تحديد اكثر من 120 نوعا من هذه المضادات في أمصال المرضى المصابين بالذئبة الحمامية المجموعية. والرأي السائد هو أن أحد الاختبارات النموذجية المميزة للذئبة الحمامية المجموعية هو وجود أضداد النوى (Antinuclear antibody)، وأضداد الحمض النووي (DNA)، والتي تظهر لدى (95%) من المصابين بهذا المرض. ولكن ينبغي توخي الحذر في تحديد التشخيص، نظرا لأن هذه الأضداد نفسها تظهر، أيضا، لدى المصابين بأمراض مناعية ذاتية أخرى. المضاد للبروتين (Sm) (بروتين حمضي ملتصق بمكونات في داخل نواة الخلية) هو مميز للذئبة الحمامية المجموعية، أي أنه لا يظهر تقريبا لدى أي مريض آخر، سوى لدى مرضى الذئبة الحمامية المجموعية، ولهذا فهو يشكل وسيلة مساعدة لتشخيص هذا المرض. لكن هذا المضاد تم اكتشافه لدى(20%) فقط من مرضى الذئبة الحمامية المجموعية.

ثمة علامات وتعبيرات أخرى تميز المصابين بالذئبة الحمامية المجموعية هي: ازدياد ترسب كريات الدم الحمراء، نشوء مركّبات مناعية تتكون من اضداد (Antibodies) ومستضدات (Antigens) في الدم المحيطي، مستوى منخفض من البروتينات التي تكون جملة المتممة (Complement System) والتي لها دور هام في عملية الالتهاب. لدى عدد كبير من المصابين، يمكن ملاحظة إصابة خلايا الدم المختلفة. عند إصابة الكلية بالالتهاب يتضرر أداؤها الوظيفي، أي تحصل زيادة ملحوظة في تركيز اليوريا (Urea) والكرياتنين (Creatinine) في المصل، وأحيانا ينشأ تركيز عال من البروتين وخلايا الدم الحمراء والبيضاء في البول. لهذه البينات دلالة وأهمية كبيرتان، إذ تشير إلى وجود عملية التهاب الكبيبات الكلوية (Glomerulonephritis) التي تتم فيها تصفية الدم.

تشخيص الذئبة الحمامية الجهازية :

وفقا للتعريف الذي وضعته الجمعية الأمريكية للروماتزم (Rheumatology)، فإن تشخيص إصابة المريض بمخرض الذئبة الحمامية المجموعية يتم اعتمادا على وجود 4 خصائص، على الأقل، من بين 11 تميز هذا المرض: الطفح الجلدي الفراشي (Malar rash), الطفح الجلدي القرصي (Discoid rash)، الطفح الجلدي لحساسية الضوء (Photosensitivity)، تقرحات الغشاء المخاط الفموي (Oral ulcers)، التهاب المفاصل (Arthritis)، التهاب الأغشية التي تغطي الأعضاء الداخلية (Serositis)، اضطراب كلوي (Renal disorder)، اضطراب عصبي (Neurological disorder)، اضطراب في الجهاز الدموي (Hematological disorder)، مضاد ضد نواة الخلايا (Antinuclear antibody) واضطراب مناعي (Immunological disorder).

بما انه ليس هنالك اختبار واحد يمكن بواسطته تشخيص الذئبة الحمامية المجموعية، فقد حددت الجمعية الأمريكية للروماتزم (American College of Rheumatology - ACR) في العام 1982 مجموعة تتكون من 11 مؤشرا للمرض يدل وجود 4 منها، على الأقل، على الإصابة بهذا المرض.

الاعراض :

- الشعور بالتعب.
- ظهور الحمّى على المريض.
- حدوث ارتفاع في وزن المريض، أو انخفاض فيه.
- الشعور بالآلام، والتيبّس في المفاصل أو انتفاخها.
- ظهور الطفح على الوجه، وفي منطقة الخدّين وجسر الأنف، ويكون الطفح على شكل فراشة.
- ظهور الجروح في الجلد، وقد تتفاقم إن تعرّض المُصاب للشّمس.
- حدوث تساقط في الشعر الّذي قد يؤدّي للصلع.
- إصابة المُصاب بمتلازمة رايوناود الّتي تصبح فيها أصابع كفّتي اليدين والقدمين عند المريض بيضاء أو زرقاء اللون؛ وذلك بسبب تعرّضها للبرد الشديد، أو بسبب الإصابة بالتوتّر.
- يُعاني المُصاب من صعوبة في التنفّس. الشعور بالآلام في الصدر.
- حدوث الجفاف في العينين. القلق والاكتئاب وفقدان الذاكرة.
- حساسيّة مفرطة للإصابات المختلفة.

علاج الذئبة الحمراء :

الهدف من العلاج هو تقليل الالتهاب، وهنالك أربعة أدوية تعدّ من الأكثر استخداماً وهي: مضادّات الالتهابات غير الكورتيزون: وهي تسيطر على آلام المفاصل، وتستخدم هذه المضادات لفترة ليست بطويلة.

- الأدوية المضادة للملاريا. الكورتيزون.

- الأدوية المثبّطة للجهاز المناعي.

ومن الأطعمة المكمّلة لمعالجة مرض الذئبة: زيت السمك، وبذور الكتّان.

59. **سرطان المبيض** (Ovarian Cancer) :

ينشأ سرطان المبيض (Ovarian Cancer) نتيجة لنمو خلايا غير طبيعية في أحد المبيضين (Ovary) أو في كليهما. سنتطرق هنا الى السرطان الظهاري (Epithelial cancer) في المبيض، وهو النوع الأكثر انتشارا.

في أحيان كثيرة، يمكن شفاء سرطان المبيض لدى اكتشافه في مرحلة مبكرة. ولكن في معظم الحالات، عند اكتشاف المرض، يكون السرطان قد انتشر وتفشى.

من المخيف أن تكتشف المرأة أنها أو سيدة أخرى تحبها، قد أصيبت بسرطان المبيض.

من أجل مواجهة هذه المشكلة بشكل أفضل، يفضل التحدث إلى الطبيب أو الانضمام إلى إحدى مجموعات الدعم.

أعراض سرطان المبيض :

لا يسبب سرطان المبيض، بشكل عام، أية أعراض في المراحل المبكرة من المرض.

ولكن لدى معظم النساء، تظهر أعراض معينة في الفترة ما بين 6 - 12 شهرا قبل اكتشاف المرض.

- نزول الوزن
- غازات
- ألم
- انتفاخ في البطن.
- الإسهال
- الإمساك
- المعدة المتهيّجة (القولون المتهيّج - Irritable bowel).

ولكن، بما أن هذه الأعراض عامة جدا، فعادة ما يتم عزوها، بشكل عام، إلى مشاكل صحية أخرى عديدة.

في معظم الحالات، يتم اكتشاف السرطان بعد أن يكون قد تفشى وانتشر.

أسباب وعوامل خطر سرطان المبيض :

لا تزال اسباب الإصابة بسرطان المبيض غير معروفة، حتى الآن. بعض النساء المصابات به لديهن تاريخ عائلي من الإصابة بالمرض، غير أن معظمهن ليس لديهن تاريخ كهذا.

بعض النساء هن أكثر عرضة، بدرجة عالية، للإصابة بهذا النوع النادر من السرطان. النساء بعد سن الإياس (سن "اليأس" – سن انقطاع الطمث - Menopause) والنساء اللواتي لم يحملن، إطلاقا، معرضات بدرجة كبيرة، أكثر من غيرهن بكثير، للإصابة بهذا المرض.

عوامل خطر الإصابة بسرطان المبيض :

عوامل الخطر تشمل:

- التاريخ العائلي (Family history): نسبة 10% - 20% من النساء المصابات بمرض سرطان المبيض لديهن قريبة عائلة بدرجة قريبة، واحدة على الأقل، قد أصيبت بسرطان المبيض أو سرطان الثدي. النساء ذوات التاريخ العائلي قد يصبن بسرطان المبيض في سن مبكرة نسبيا، في سنوات الأربعين من العمر، وليس في سن الإياس – سنوات الخمسين من العمر، كما يحدث في معظم الحالات. النساء اللواتي لديهن طفرات في الجينات BRCA 1 أو BRCA 2 معرّضات بنسبة 16% - 60% للإصابة بسرطان المبيض.

- سن متقدمة: يهاجم سرطان المبيض، بشكل عام، نساء في سن اليأس وما بعده اكثر من 55 سنة.

نساء لم تلدن، مطلقا.

- نساء بدأ الحيض لديهن قبل سن الـ 12 عاما: وتوقف في سن متأخرة نسبيا. يزداد احتمال الإصابة بسرطان المبيض كلما ازداد عدد الدورات الشهرية.

- مشاكل خصوبة: النساء الفعالات جنسيا ولا تستعملن وسائل الوقاية وغير قادرات على الحمل، هن أكثر عرضة، بكثير، للإصابة بمرض سرطان المبيض.

- استخدام الأستروجين (Estrogen) أو العلاج الهرموني (Hormonal therapy): أظهرت أبحاث معينة أن قسما من النساء اللواتي تتلقين هذه الهرمونات، هن أكثر عرضة، بقليل، للإصابة بسرطان المبيض. وأظهرت أبحاث أخرى أن استخدام الهرمونات لا يزيد من خطر الإصابة، بتاتا. وبشكل عام، يوصي المختصون النساء اللواتي يفكرن بتناول الهرمونات، بهدف معالجة أعراض سن اليأس، بتناول أقل جرعة ممكنة، لأقصر فترة زمنية ممكنة.

- متلازمة المبيض متعدد الكيسات (Polycystic ovary syndrome): المستويات المرتفعة من الهورمونات الذكرية (أندروجينات - Androgens)، التي تظهر بشكل عام في حالات متلازمة المبيض متعدد الكيسات، قد تزيد من خطر تكون سرطان المبيض.

- تاريخ من الإصابة بسرطان الثدي: النساء اللواتي لديهن تاريخ شخصي، أو تاريخ عائلي، من الإصابة بسرطان الثدي، هن أكثر عرضة، بكثير، للإصابة بسرطان المبيض.

هنالك عدد من العوامل الإضافية الأخرى التي لا يزال من غير الواضح تماما ما إذا كانت تزيد من احتمال وخطر الإصابة بسرطان المبيض أم لا، ومن المطلوب إجراء المزيد من البحث حولها.

من بين هذه العوامل:

- التعرض للأسبست (Asbestos) الذي كان يستخدم في البناء وتغليف الاسطح.
- تاريخ من الإصابة بالانتباذ البطاني الرحمي (Endometriosis) أو الإصابة بالكيسة المبيضية (Ovarian cyst).
- التدخين.
- التغذية الغنية باللاكتوز (سكر الحليب)، الموجود في أغذية مثل الحليب والبوظة.

تشخيص سرطان المبيض :

أحيانا، وخلال فحص روتيني للحوض، يمكن للطبيب أن يشعر بوجود كتلة في المبيض أو فوقه.

في حالات عديدة، يمكن ملاحظة وجود كتلة كهذه، أيضا، في فحص التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasound). معظم هذه الكتل هي غير سرطانية.

الطريقة الوحيدة للتشخيص المؤكد والقاطع بأن المرأة مصابة بسرطان المبيض هي عن طريق أخذ خزعة (Biopsy)، بواسطة إجراء جراحيّ. يحدث الطبيب شقا في البطن بحيث يمكن الرؤية داخلا، من خلاله. ثم يقوم بإزالة قطعة صغيرة من أي ورم يجده ويرسلها إلى المختبر لفحص ما إذا كان الورم سرطانيا أم لا.

هنالك فحص دم يدعى CA-125 (مستضد السرطان cancer antigen - 125125)، يجرى أحيانا للنساء ذوات درجة الخطر المرتفعة للإصابة بالسرطان.

لم تتوفر، حتى الآن، إثباتات كافية على مدى نجاعة هذا الفحص في الكشف عن سرطان المبيض في مرحلة مبكرة لدى غالبية النساء. الكمية الكبيرة جدا من مستضد السرطان 125 قد تكون ناجمة عن عوامل عدة، مثل: الحيض، الانتباذ البطاني الرحمي (Endometriosis)، الورم العضلي الأملس الرحمي (Uterine fibroids) وكذلك أنواع أخرى كثيرة من السرطان.

علاج سرطان المبيض :

يقوم الطبيب المعالج بتحديد الخطة العلاجية المناسبة للمريض بناء على مدى انتشار المرض في الجسم.

وقد تختلف خيارات العلاج بناء على حجم الورم ومرحلة تقدمه. فقد يقوم طبيب جراحة مختص بإجراء جراحة لاستئصال الورم بالإضافة لغيرها من الإجراءات لاحتواء السرطان ومنعه من الانتشار. ويتم عادة إعطاء العلاج الكيماوي بعد الجراحة لجميع مريضات سرطان المبيض، ما عدا المريضات اللواتي تمت إزالة مبايضهن تماماً، واللواتي يعتبرن في درجة خطورة قليلة.

60. سرطان المثانة (Bladder Cancer) :

يعتبر سرطان المثانة (Bladder cancer) بمثابة الورم الرابع من حيث نسبة الانتشار لدى الرجال، والثامن لدى النساء. يتم سنويا، في الولايات المتحدة، تشخيص قرابة 50،000 حالة جديدة، يتوفى ما يقارب خمسهم، بسبب سرطان المثانة. لدى قرابة 80% من المرضى، يتم اكتشاف ورم سطحي لا يخترق عضلات المثانة، بينما لدى 20% يتم اكتشاف سرطان المثانة في مراحل متقدمة.

على الرغم من علاج سرطان المثانة ، يميل الورم السطحي إلى الرجوع (Recurrence)، بل يرجع، أحيانا، بعد مرور سنوات كثيرة، لم يظهر خلالها أي دليل لسرطان المثانة. إن التطور من مرض سطحي إلى مرض متقدم، يتعلق بمرحلة المرض ودرجة التمايُز (Differentiation). لدى 3% من المصابين بالمرض السطحي، يظهر الورم، لاحقًا، في نظام التوزيع (distributer system) العلوي (الحالب، والحُويضة - Ureter and renal pelvis)، وفي حالة مواجهة المرضى لخطر متزايد، تزداد النسبة حتى 38% خلال المتابعة طويلة الأمد .

أنواع الأورام:

إن مصدر معظم أورام المثانة (95%) في الدول المتطورة، هي من الظِهارَة (Epithelial) الإنتقالية (سرطانة الخلايا الإنتقالية - Transitional cell carcinoma)، وما تبقى هو من نوع خلايا الظِهارة الحرشفية (Squamous cell). وتكون نسبته أكبر في الحالات المتعلقة بحِكَّة (Itching) مزمنة في المثانة أو بسب طفيلي البلهارسيا (Schistosoma)، وفي حالات نادرة يكون الورم من نوع سرطان الغُديّ (Adenocarcinoma).

مراحل سرطان المثانة ودرجات خَباثته:

يتم تحديد مرحلة سرطان المثانة حسب درجة إختراق الورم لجدار المثانة.

Ta– ورم حُلَيمِيّ (Papillary) ينحصر في الظِهارَة ولا يخترق الصَفيحة المخصوصَة (lamina propria).

سَرَطانَةٌ لابِدَة (Carcinoma in situ) – ورم مسطح يَرشُح عبر الغشاء المخاطي ويكتنف مساحات واسعة يتواجد جزء منها تحت طبقة الغشاء المخاطي السليمة، ولذلك، غالبا ما لا يمكن اكتشافه واستئصاله بالكامل.

T1– ورم يخترق الصفيحة المخصوصَة ولكنه لا يخترق عضلة المثانة.

T2a– ورم يخترق النصف الداخلي لعضلات النَّافِصَة (Detrusor).

T2b– ورم يخترق النصف الخارجي لعضلات النَّافِصَة (Detrusor).

T3– ورم يخترق طبقة دهنية حول الأوعية الدموية.

T4– ورم يخترق أعضاء الحوض أو جدار الحوض. وهناك، أيضًا، تصنيف مجهري (هيستولوجي – Histologic) لدرجات التمايُز: 1 (مُنْخَفِضُ الدَّرَجَة - Low grade) حتى 3 (رَفيعُ الدَّرَجَة - High grade). إن الدمج بين هذين التَدريجين يُمكّن من توقع سير المرض السريري.

أعراض سرطان المثانة :

أعراض سريرية: الأعراض السريرية الأكثر شيوعا لسرطان المثانة، هي رؤية نزيف دموي من المسالك البولية (بيلة دموية عيانية - Gross hematuria)، أو نزيف خفي يتم اكتشافه، فقط، من خلال الفحص المخبري للبول. يمكن حدوث الألم في الخصر بسبب انسداد منطقة الحالب بسبب تورم المثانة، أو بسبب ورم يكتنف (involve) نظام التوزيع العلوي. كما يمكن حدوث التواتُر (frequency)، الإلحاح وألم التبول، بسبب تورم مُرَشِّح (filter) جدار المثانة، أو ورم يكتنف عنق المثانة والحالب بالإضافة الى نزول الوزن بدون سبب والتعب والم البطن .

أسباب وعوامل خطر سرطان المثانة :

تشمل عوامل خطر الإصابة بسرطان المثانة: جنس المذكر، الجيل المتقدم، التدخين، التعرض للمواد المُسرطنة (Carcinogenic) في صناعة المطاط والطلاء (أمينات أروماتيّة - Aromatic amine)، التعرض لأدوية من نوع سِيكْلُوفُسْفاميد (دواء مُضاد للأورام - Cyclophosphamide) وزرنيخ (Arsenic)، والالتهاب المزمن بسبب حصى المثانة، جسم غريب (قثطرة دائمة - Permanent catheter) والتلوث المزمن جراء طفيلي (داء البلهارسيات - Schistosoma).

تشخيص سرطان المثانة :

الفحوصات التي تستخدم لتشخيص سرطان المثانة تتضمن:

تحليل البول: للبحث عن وجود أي مؤشرات غير طبيعية في البول.

دراسة خلوية للبول (Urine cytology): وهو اختبار متخصص لفحص خلايا بطانة المثانة (التي تطرح مع البول) تحت المجهر للبحث عن وجود أي خلايا سرطانية.

تنظير المثانة: يتم إدخال أنبوب رفيع وفي نهايته كاميرا في المثانة لفحص بطانة المثانة.

أخذ خزعة من بطانة المثانة.

التصوير المقطعي للبطن والحوض.

فحوصات أخرى لفحص انتشار الورم مثل مسح العظام وصورة أشعة سينية للصدر والتصوير المقطعي.

علاج سرطان المثانة :

يجب على المريض الذي تم تشخيص بيلة دموية لديه (دم في البول) لا يصاحبها الألم، إجراء فحص للبول للتأكد من وجود خلايا خبيثة، وإجراء تصوير وريدي للجهاز البولي، وإجراء تنظير للمثانة (Cystoscopy) بأسرع ما يمكن. إذا أظهر تنظير المثانة وجود آفة، يجب مواصلة الاستئصال عبر الإحليل (Transurethral Resection of Bladder TumorTUR - BT). وإذا ما ظهر في التشخيص بأن الآفة هي سرطان مثانة يخترق العضلة فيجب استكمال الفحص بهدف نفي إمكانية وجود إنتشار نَقيليّ (Metastatic). إن الفحوصات اللازمة لذلك هي تصوير مقطعي محوسب (Computational tomography) للبطن والحوض، تصوير القفص الصدري، مسح للعظام وفحوصات دم لأداء الكبد، وفحص فُسْفات قَلَوِي (Alkaline phosphatase) – وتهدف هذه الفحوصات لنفي احتمال انتشار عُقد الليمفا في الحوض وفي الفراغ الخلفي الصفاقي (peritonaei)، للرئتين، الكبد والهيكل (Skeleton).

إذا لم يخترق الورم العضلة، وتم استئصاله بشكل كامل، ولا يواجه المريض عوامل خطر رجوع الورم، يتم إرسال المريض لاستكمال المتابعة الطبية. إذا تواجدت عوامل خطر رجوع الورم (مرض في المرحلة T1، مرض متعدد البؤر، تدريج هيستولوجي مرتفع أو تكرار المرض في الماضي) يجب الاقتراح على المريض إجراء علاج مكمل بواسطة الشطف بالعلاج الكيميائي (Chemotherapy) أو العلاج المناعي (Immunotherapy) للمثانة. يتم الشطف بعُصَيَّاتُ كالْميت غيران (Bacille Calmette - Guerin - BCG) (جرثومة سل ضعيفة) و ميتُوميسِين (مُضادٌّ حَيَوِيٌّ مُضادٌّ للأَورام) (MMC - Mytomicin). بالإضافة إلى البروتوكولات (protocol) الأسبوعية، لمدة 6-8 أسابيع، لضمان منع رجوع الورم، هناك بروتوكولات لعلاجات مُداومة تستمر لعدة سنوات بعد الاستئصال. لقد أضيفت في السنوات الأخيرة، علاجات أخرى، مثل دواء جيمستابين (Gemcitabine) أو التكنولوجية التَآزُرِيَّة (synergos technologies) التي تدمج بين المعالجة الكيميائية والتسخين. في حال تشخيص مرض يخترق عضلة المثانة، يجب القيام بإستئصال جذري (Radical) للمثانة. في هذه الجراحة يتم استئصال

البروستاتة والحويصلات المنوية (Seminal Vesicle) لدى الرجل، أما لدى المرأة فيتم استئصال الرحم والبُوقِ والمَبِيْض (Salpingo - oophorectomy) والجزء الأمامي من المهبل. بالنسبة للمريض الذي يعاني من التكرار المتعدد البؤر للمرض من نوع T1 رفيع الدرجة (T1 high Grade) يمكن التوصية بعلاج مماثل لعلاج المرض الباضع. أما بالنسبة لمريض يعاني من آفة وحيدة البؤرة بدرجة T2 والتي استؤصلت بالكامل، ولم يتم العثور خلال الفحص على أي دليل لبقايا المرض، فيمكن فحص إمكانية الاكتفاء بالعملية المُنجزة، أو إجراء جراحة لصيانة المثانة، أو إجراء تصوير إشعاعي للمثانة بإضافة مادة السيسبلاتين (Cisplatin) التي تشكل علاجا كيميائيا وتؤدي، أيضًا لزيادة حساسية خلايا الورم للإشعاع. ترتبط الجراحة التقليدية للمثانة بإعادة بناء المسالك البولية، إما عن طريق صنع مخزن شبيه بمثانة جديدة من الأمعاء (في الغالب الأمعاء الدقيقة – اللفائفي (Ileum)، أو تحويل البول إلى جدار البطن بواسطة عروة (loop) من الأمعاء الدقيقة وتشكيل فُغرَة (Stoma). يرتبط اختيار نوع التحويل بعدة عوامل (جيل المريض، أداء الكلى، أمراض معوية إلتهابية مزمنة أو مهارة إجراء قسطرة ذاتية (self catheterization).

في الوقت الذي تكون فيه توقعات سير المرض (prognosis) لدى المصابين بورم سطحي من نوع سَرَطانَةُ الخَلاَيا الإنْتِقالِيَّة (TCC - Transitional cell carcinoma) جيدة، يكون السير السريري في المرض الباضع، في حالات عديدة، مرتبطا بتطور نقيلات. هناك إثباتات، اليوم، على أن العلاجات الكيميائية التي تعتمد على السيسبلاتين (Cisplatin) خصوصا عند إعطائها قبل الجراحة، قد تحسن من توقعات سير المرض (prognosis). كما أن هذا العلاج الكيميائي المُدمج هو، أيضا، العلاج المفضل للمرضى الذين يتم تشخيصهم مع نقيلات وليسوا مُعنين لإجراء جراحة لهم.

61. التهاب كبيبات الكلى (Glomerulonephritis) :

التهاب كبيبات الكلى هو التهاب المرشحات الصغيرة في الكلى (الكبيبات). تزيل الكبيبات السوائل الزائدة والكهارل والنفايات من مجرى الدم وتخرجها في البول. قد يحدث التهاب كبيبات الكلى فجأة (حاد) أو بشكل تدريجي (مزمن).

يحدث التهاب كبيبات الكلى بشكل منفرد أو كجزء من مرض آخر، مثل مرض الذئبة أو مرض السكري. يمكن للالتهاب الحاد أو لفترات طويلة المرتبط بالتهاب كبيبات الكلى أن يتلف الكلى لديك. يعتمد العلاج على نوع التهاب كبيبات الكلى لديك.

الأعراض :

تتوقف علامات التهاب كبيبات الكلى وأعراضه على ما إذا كنت تعاني نوعه الحاد أم المزمن، وعلى سبب الإصابة. قد تأتي الإشارة الأولى إلى وجود أمر على غير ما يرام من الأعراض، أو من نتائج تحاليل البول الروتينية.

تتضمن علامات التهاب كبيبات الكلى وأعراضه ما يلي:

- بول بلون الكولا أو اللون الوردي؛ بسبب وجود خلايا الدم الحمراء في البول (بيلة دموية)
- البول الرغوي بسبب زيادة البروتين (بيلة بروتينية)
- ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم)
- احتباس السوائل (وذمة)، مع تورم واضح في الوجه، واليدين، والقدمين، والبطن

الأسباب :

تتسبب العديد من الأمراض في التهاب كبيبات الكلى. في بعض الأحيان يكون المرض وراثيًا وفي أحيانٍ أخرى تكون أسبابه غير معروفة. تشمل الحالات التي تؤدي إلى التهاب كبيبات الكلى :

حالات العدوى :

التهاب كبيبات الكلى الحاد بعد العدوى ببكتيريا المكورات العقدية. قد يظهر التهاب كبيبات الكلى بعد التعافي من عدوى الحلق البكتيرية بأسبوعٍ أو أسبوعين، وفي حالاتٍ نادرةٍ يظهر بعد التهاب الجلد (القوباء الجلدي). ففي أثناء مكافحة العدوى، ينتج جسدك أجسامًا مضادة ينتهي بها المطاف في كبيبات الكلى، حيث تسبب الالتهاب.

غالبًا ما تزيد احتمالية إصابة الأطفال بالتهاب كبيبات الكلى الحاد بعد عدوى بكتيريا المكورات العقدية أكثر من البالغين، كما أن قدرتهم على التعافي منها أيضًا تكون أسرع.

التهاب بطانة القلب البكتيرية. في بعض الأحيان تصل البكتيريا إلى الدم حيث تنتقل إلى قلبك، مسببةً العدوى في واحدٍ أو أكثر من صماماته. ترتفع احتمالية إصابتك بهذه المشكلة إن كنت تعاني أي قصورٍ في القلب، كوجود خللٍ في صمام القلب أو تركيب صمامٍ صناعي. هناك علاقةٌ بين التهاب بطانة القلب البكتيرية ومشاكل كبيبات الكلى، إلا أنها ليست واضحة.

حالات العدوى الفيروسية. تسبب العدوى الفيروسية كعدوى فيروس نقص المناعة، أو التهاب الكبد الفيروسي B و C ظهور التهاب نفرونات الكلى.

أمراض المناعة :

الذئبة الحمراء. التهابٌ مزمن، يصيب أي جزءٍ من الجسد، كالجلد، والمفاصل، والكلى، وخلايا الدم، والقلب، والرئتين.

متلازمة غودباستشر. هي خللٌ مناعيٌّ يصيب الرئتين ويشبه الاتهاب الرئوي، يؤدي إلى نزيفٍ في الرئة بجانب التهاب كبيبات الكلى.

اعتلال الكلية بالجلوبين المناعي أ. يمكن معرفته/تمييزه من تكرار ظهور الدم في البول، يظهر هذا المرض بسبب تراكم الجلوبين المناعي (أ) في كبيبات الكلى. قد تتفاقم حالة اعتلال الكلى بالجلوبين المناعي أ على مرّ الأعوام دون وجود أي أعراضٍ ملحوظة.

التهاب وعائي :

التهاب الشرايين. يصيب هذا الالتهاب الأوعية الدموية متوسطة وصغيرة الحجم في أجزاءٍ مختلفةٍ من جسمك، كالقلب، والكلى، والأمعاء.

أورام حبيبية مصاحبة بالتهاب الأوعية. يصيب هذا النوع من التهاب الأوعية الدموية، والمعروف باسم الورم الحبيبي الويغنري الأوعية الدموية المتوسطة والصغيرة الموجودة في الرئتين، والقنوات الهوائية العليا والكلى.

أمراض غالبًا ما تؤدي إلى تندّب الكبيبات الكلوية :

- ارتفاع ضغط الدم. يمكن أن يتسبب ذلك في فشل الكلى وعجزها عن القيام بوظائفها الطبيعية. قد يؤدي التهاب كبيبات الكلى إلى ارتفاع ضغط الدم بسبب تأثيره على وظائفها فبالتالي يؤثر على دورها في ضبط توازن الصوديوم.

- داء الكلى السكري (اعتلال الكلى السكري). قد يحدث ذلك لأي شخصٍ مصابٍ بالسكري، وغالبًا ما يتفاقم بمرور السنوات. يمكن وقاية الكلى من الضرر أو تأخير حدوثه عن طريق ضبط نسبة السكر في الدم وضغط الدم أيضًا.

- أورام حبيبية مقطعية بؤرية. يمكن تمييزها من التندب المنتشر لبعض كبيبات الكلى، قد تنتج عن مرضٍ آخر أو تحدث بدون سببٍ معروف.

في حالاتٍ نادرة، يكون التهاب كبيبات الكلى المزمن متوارثًا في العائلات. قد يؤثر النوع المتوارث من متلازمة ألبورت على كلٍ من حاستي السمع والبصر.

وبالإضافة إلى الأسباب السابق ذكرها، نجد أن هنالك ارتباطًا بين حدوث التهاب كبيبات الكلى وأنواعٍ من السرطان، مثل سرطان النخاع المتعدد، وسرطان الرئة، وسرطان الدم الليمفاوي المزمن.

المضاعفات :

يمكن لالتهاب كبيبات الكلى أن يتلف الكلي بحيث تفقد قدرتها على التصفية. ونتيجة إلى ذلك، تتراكم مستويات خطرة من السوائل والكهارل والفضلات في الجسم.

تتضمن المضاعفات المحتملة لالتهاب كبيبات الكلى الآتي:

- الفشل الكلوي الحاد. يمكن أن يؤدي فقدان وظيفة التصفية في جزء الكليونات إلى التراكم السريع لمخلفات الفضلات. قد تحتاج إلى غسل الكلى كحالة طارئة — وهي وسيلة صناعية لإزالة السوائل الفائضة والفضلات الموجودة بالدم — وعادةً ما تجري بواسطة جهاز كلى اصطناعية.
- مرض الكلى المزمن. تفقد الكلى قدرتها على التصفية تدريجيًا. يؤدي تدهور وظيفة الكلى إلى أقل من 10 بالمئة من السعة الطبيعية إلى الإصابة بمرض الكلى في المرحلة النهائية، الأمر الذي يتطلب غسل الكلى أو زرعها للمحافظة على الحياة.

- ارتفاع ضغط الدم. يمكن أن يرتفع ضغط الدم لديك بسبب تلف الكلى وما يتخلف عنها من فضلات في مجرى الدم.
- متلازمة أمراض الكلى. في هذه المتلازمة، ستؤدي زيادة البروتين في بولك إلى انخفاض كميته في دمك. قد تتسبب متلازمة أمراض الكلى كذلك في ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم وتورم (احتباس السوائل) في جفون العين، والأقدام، والبطن.

الوقاية :

قد لا يكون هناك طريقة للوقاية من معظم أشكال التهاب كبيبات الكلى. ومع ذلك، إليك بعض الخطوات التي قد تكون مفيدة:

احصل على علاج سريع لعدوى البكتيريا العقدية المصاحبة لالتهاب في الحلق أو القوباء.

للوقاية من العدوى التي يمكنها أن تؤدي إلى بعض أشكال التهاب كبيبات الكلى، مثل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والتهاب الكبد، اتبع إرشادات ممارسة الجنس الآمنة، وتجنب تعاطي العقاقير الوريدية.

سيطر على ارتفاع ضغط الدم، الأمر الذي يقلل بدوره من احتمالية تلف كليتيك نتيجة ارتفاع ضغط الدم.

سيطر على سكر الدم لديك للمساعدة على الوقاية من اعتلال الكلى السكري.

عادةً ما يتم اكتشاف التهاب كبيبات الكلى عندما يكون تحليل البول الروتيني غير طبيعي. تشمل اختبارات تقييم وظائف الكلى وتشخيص التهاب كبيبات الكلى ما يلي:

التشخيص :

فحص البول. قد يظهر تحليل البول خلايا الدم الحمراء واسطوانات الخلايا الحمراء في البول، وهو مؤشر على احتمال تضرر الكبيبات. قد تظهر نتائج تحليل البول أيضًا خلايا الدم البيضاء، وهو مؤشر شائع لحدوث عدوى أو التهابات، وزيادة البروتين، والذي قد يشير يمكن أن تشير إلى تضرر الكليون. وتُعد المؤشرات الأخرى مثل زيادة مستويات الكرياتين أو اليوريا في الدم إشارة خطر.

اختبارات الدم. يمكن أن توفر هذه الفحوصات معلومات حول تلف الكلى وقصور الكبيبات عن طريق قياس مستويات منتجات الفضلات، مثل الكرياتينين وتركيز اليوريا في الدم.

اختبارات التصوير. إذا اكتشف طبيبك وجود دليل على حدوث ضرر ، فقد ينصح الطبيب بإجراء دراسات تشخيصية تسمح بتصوير الكليتين، مثل التصوير بالأشعة السينية للكلى أو التصوير بالموجات فوق الصوتية أو الأشعة المقطعية.

خزعة الكلى. يتضمن هذا الإجراء استخدام إبرة خاصة لاستخراج قطع صغيرة من نسيج الكلى للفحص المجهري للمساعدة في تحديد سبب الالتهاب. غالبًا ما تكون خزعة الكلى إجراء ضروري لتأكيد فحص التهاب كبيبات الكلى.

العلاج :

يعتمد علاج التهاب كبيبات الكلى ونتيجته بالنسبة لك على:

- ما إذا كنت مصابًا بالشكل الحاد أو المزمن من المرض
- السبب الكامن
- نوع وشدة العلامات والأعراض لديك

قد تتحسن بعض حالات التهاب كبيبات الكلى، خاصةً تلك التي تعقب عدوى التهاب الحلق، من تلقاء نفسها ولا تتطلب علاجًا. إذا كان يوجد سبب كامن، مثل ارتفاع ضغط الدم أو عدوى أو مرض مناعة ذاتية، فسوف يتم توجيه العلاج إلى السبب الكامن.

بوجه عام، هدف العلاج هو حماية كليتيك من الإصابة بمزيد من التلف.

العلاجات المرتبطة بالفشل الكلوي :

عند الإصابة بالتهاب كبيبات الكلى الحاد والفشل الكلوي الحاد، يمكن أن يساعد غسيل الكلى في التخلص من السوائل الزائدة وضبط ضغط الدم المرتفع. ويُشكل غسيل الكلى وزرع الكلى الخيارين العلاجيين الوحيدين على المدى الطويل للمراحل النهائية من أمراض الكلى. عندما لا يكون الزرع ممكنًا، نتيجة لضعف الصحة العامة، يكون غسيل الكلى هو الاختيار الوحيد.

62. عدوى الكلاميديا (Chlamydia Infection) :

الكلاميديا او المتدثرة هي جرثومة تشبه الفيروس، تسبب تلوثات مختلفة. هنالك صنف معين من هذه الجرثومة يسبب الحَثَر/ التراخوما (trachoma)، بينما يسبب صنف آخر منها مرضا في الجهاز التناسلي, ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية.

هنالك 3 أنواع من المتدثرة (Chlamydia):

1. المتدثرة الحثرية (Chlamydia trachomatis)- قد تسبب التهاب ملتحمة العين (Conjunctivitis), التراخوما (التهاب مزمن في ملتحمة العين قد يسبب العمى) ، الالتهاب الرئوي والتهاب المسالك البولية.

2. المتدثرة الببغائية (Chlamydia psittaci)- تشكل ملوثا للطيور بشكل خاص, لكنها قد تسبب الالتهاب الرئوي لدى الإنسان، أيضا.

3. متدثرة الالتهاب الرئوي (Chlamydia pneumonia)- قد تسبب تلوثات في المسالك الهوائية، بما في الالتهاب الرئوي.

المتدثرة (Chlamydia) هي الجرثومة التي تشكل، على ما يبدو، المسبب الأكثر شيوعا لالتهاب الإحليل (Urethritis) لدى الرجال والنساء، على حد سواء. التعبير الأساسي لمرض المتدثرة يتمثل في إفرازات قيحية من العضو التناسلي، بينما يشكل العقم أشدّ مضاعفات المتدثرة على المدى الطويل, وهو ما يسبب معاناة شديدة للزوجين وعبئا كبيرا على الجهاز الصحي الرسمي.

أعراض الكلاميديا :

تبلغ فترة حضانة هذه الجرثومة نحو 10 أيام - 20 يوما. الألم عند التبول، الألم في أسفل البطن أو الإفرازات من الإحليل (Urethra) - قد تكون أعراض الكلاميديا الأولى. يلاحظ الرجال وجود إفرزات قيحية على ملابسهم الداخلية في الصباح. أما المشكلة الرئيسية لدى النساء فهي إن نحو الثلثين منهن لا تشعرن بوجود أية أعراض، وقد تكون العلامة الأولى التي تشير إلى وجود المتدثرة لديهن هي الداء الالتهابي الحوضي / التهاب البوق والمبيض (PID - Pelvic inflammatory disease / salpingo - oophoritis)، العقم أو الحمل خارج الرحم وبالطبع ان نزول الوزن هو احد الاعراض.

أسباب وعوامل خطر الكلاميديا :

المتدثرة الحثرية هي الجرثومة التي تشكل أحد المسببات الرئيسية للتلوثات المنقولة جنسيا. والمتدثرة هي أحد المسببات الرئيسية للتلوثات في عنق الرحم وفي الإحليل، وكذلك للداء الالتهابي الحوضي (PID).

مضاعفات الكلاميديا :

الداء الالتهابي الحوضي (PID)، وفي أعقاب ذلك حدوث العقم أو الحمل خارج الرحم - هي المضاعفات الأكثر انتشارا لتلوث المتدثرة الذي لا تتم معالجتها. أما المضاعفات النادرة فتشمل آلام المفاصل ومرض ريكتر (Recter).

تشخيص الكلاميديا :

الاختبارات المصلية (Serological tests) (لوجود أجسام مضادة للمتدثرة) في الدم وفي الإفرازات المهبلية قد تدل على التلوث بجرثومة المتدثرة. في بعض المختبرات الخاصة يمكن عزل المتدثرة من المهبل أو من الإحليل وتنميتها في ظروف مخبريه مناسبة.

علاج الكلاميديا :

علاج الكلاميديا بسيط وسهل: معالجة بالمضاد الحيوي تتراسيكلين (tetracycline) أو أريثروميسين (erythromycin) لمدة عشرة أيام. من المهم أن يتم إتمام العلاج وتناول الجرعة اللازمة كاملة، كما يقررها الطبيب.

كذلك، يجب معالجة جميع الشركاء في العلاقة الجنسية. ويتوجب على الزوج / الزوجة، الحرص على أن تكون العلاقة الجنسية آمنة حتى إتمام العلاج.

ليس في وسع العلاج عكس أو إصلاح الأضرار التي قد حدثت بالفعل، إن حدثت، في البوقين (قناتا فالوب - Fallopian tubes) لكنه يستطيع، بالتأكيد، منع حدوث المضاعفات، قبل وقوعها.

63. ألم العضلات الروماتزمي (Polymyalgia Rheumatica) :

ألم العضلات الروماتزمي (Polymyalgia rheumatic) هو مرض التهاب المفاصل وما يميزه هو الظهور التدريجي، أو المفاجئ لآلام في محيط الكتفين، العنق ومنطقة الفخذين والأرداف. تتصاحب هذه الآلام بإنعدام ليونة المفاصل والعضلات بمنطقة الكتفين والفخذين، وخاصة في ساعات الصباح الباكر. ألم العضلات الروماتزمي يظهر لدى البالغين الذين تجاوز عمرهم حاجز الخمسين عاما، واحتمالات حدوثه تزداد مع التقدم في السن.

ألم العضلات الروماتزمي شائع لدى النساء أكثر من الرجال. وفي دراسة استقصائية أجريت في الولايات المتحدة وُجِد أن واحداً من بين كل 200 شخص تزيد أعمارهم عن الخميسن, مصابٌ أو أصيب سابقا بألم العضلات الروماتزمي.

يسبب ألم العضلات الروماتزمي معاناة غير محتملة في البداية، إلا أن هنالك علاجا فعالاً له، ويتعافى معظم المرضى بشكل تام خلال عدة سنوات.

أعراض ألم العضلات الروماتزمي :

تظهر أعراض ألم العضلات الروماتزمي على شكل الآم في محيط الكتفين، العنق ومنطقة الفخذين والأرداف. يرافقها انعدام ليونة في المفاصل وعضلات الكتفين والفخذين، وخاصة في ساعات الصباح الباكر، وتتحسن نسبيا خلال ساعات النهار اللاحقة. لقد بيّنت الفحوصات وجود الحساسية المنتشرة في هذه الأجزاء من الجسم. تظهر هذه الأعراض بشكل مفاجئ وبطئ على امتداد عدة أسابيع. وغالباً ما تسبب معاناة شديدة للمريض تؤثر على آدائه اليومي.

بالاضافة الى ذلك، يصاب بعض المرضى بآلام في المفاصل، كأكف اليدين، مما يصعب عملية التفريق بين ألم العضلات الروماتزمي وبين التهابات المفاصل الأخرى كالتهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumatoid Arthritis). وقد تظهر لدى جزء من المرضى أعراض جهازيه مثل الحمى (بشكل عام لا تتعدى ال38 درجة مئوية)، إنعدام الشهية , فقدان الوزن، الإرهاق وشعور عام بالإمتعاض.

نجد لدى 10%-20% من المصابين بألم العضلات الروماتزمي حدوث او تطور التهاب في الأوعية الدموية (vascolitis)، خاصة شرايين العنق والرأس. يؤدي التهاب الشرايين هذا (إلتهاب الشرايين الصدغية - Temporal arteritis) إلى الشعور بالآم في الرأس، وأحيانا في الفك، أثناء المضغ. في بعض الأحيان يمكن الشعور، خلال الفحص، بتضخم وحساسية هذه الشرايين الموضعية بمنطقة الأصداغ. وفي حال وجدت إصابة بشرايين العينين أو الدماغ، من الممكن أن يسبب هذا الأمر لفقدان بصر مفاجئ أو شلل الدماغ. هنالك اعتقاد بأن كل المصابين بألم العضلات الروماتزمي سيتعرضون لهذا النوع من التهاب الشرايين. لكن معظم المرضى تكون اصاباتهم سهلة من دون وجود علامات وأعراض لألم العضلات الروماتزمي ودون التسبب بأضرار ثانوية.

أسباب وعوامل خطر ألم العضلات الروماتزمي :

لا يعرف سبب محدد لألم العضلات الروماتزمي. لكن الشائع والسائد يشير إلى وجود تكامل بين العوامل الوراثية والبيئية (ربما عاملا فيروسيا أو عاملا ملوثا أيا كان) وبين جيل المريض. فيما يتعلق بالآلام المنتشرة في جميع الجسم ساد الاعتقاد في الماضي أن سببها إصابة العضلات، لكنه تبين أن الأوجاع وانعدام مرونة المفاصل سببها التهاب مفاصل الكتفين والفخذين، والتهاب الجِراب (Bursitis) في هذه المناطق. وإلتهاب الجِراب هو عبارة عن أكياس مملوءة بالسائل الذي يفصل بين العضلات والأوتار، وبين العظام المجاورة، وهدفها تقليل الاحتكاك أثناء الحركة.

تشخيص ألم العضلات الروماتزمي :

يتم تشخيص مرض ألم العضلات الروماتزمي وِفْق أعراض المرض المميزة وعن طريق نتائج فحوصات المريض. لا توجد فحوصات دم أو فحوصات تصويرية لتشخيص ألم العضلات الروماتزمي.

على الرغم من أن فحوصات الدم لدى هؤلاء المرضى تظهر وجود عملية التهابية (سرعة تنقّل الكريات الحمر -ESR، ارتفاع نسبة البروتين التفاعلي - CRP، فقر الدم الطفيف وغيرها)، إلا أنّ هذه المؤشرات ليست خاصة بألم العضلات الروماتزمي، ولا يمكنها المساعدة في التمييز بين ألم العضلات الروماتزمي والأمراض الالتهابية الأخرى.

فحص فائق الصوت (Ultrasound) لمنطقة الكتفين قد يظهر في بعض الأحيان التهاب الجراب، ولكن حتى هذا المؤشر ليس خاصا أيضا.

ينبغي فحص مؤشرات وجود التهاب الشرايين في منطقة الأصداغ لدى كل المصابين بألم العضلات الروماتزمي. في حال الاشتباه بتداخل الالتهاب في هذه الشرايين يجب إجراء خزعة (Biopsy) من الشرايين الصدغية و تشخيص الالتهاب.

علاج ألم العضلات الروماتزمي :

لألم العضلات الروماتزمي علاج ناجع بالادوية. فالعقاقير من مجموعة الكولاتيكوستيرويد (Corticosteroids) أثبتت نجاعتها بعلاج ألم العضلات الروماتزمي. استخدام البردينيزون (Prednisone)، بجرعة دوائية قدرها 15-20 ملغم يوميا يمكنه تحسين حال المريض بشكل عام بعد يومين أو ثلاثة.

الاثار الجانبية المعروفة لهذه الأدوية كانت طفيفة، لدى معظم المرضى مع هذه الكميات الصغيرة من الدواء. ومع ذلك فانها تسبب احيانا ازدياد الشهية مما يزيد من الوزن، وخللا في توازن مرضى السكري، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة هشاشة العظام (Osteoporosis). لذلك يجب مراقبة هذه المقاييس والعلاج بحسبها. وفي حال ظهرت دلائل على وجود التهاب الشرايين فان الكمية التي يبدأ العلاج بالبريدينزون منها يكون مضاعفا.

يتم تخفيض الجرعة الدوائية للبريدينيزون تدريجا خلال عدة أشهر، مع مراقبة علامات ألم العضلات الروماتزمي. في حال تكررت علامات ألم العضلات الروماتزمي، تزاد الجرعة الدوائية

ثانيةً بشكل مؤقت. وبعد ذلك من الممكن الاستمرار بتخفيض الجرعة الدوائية تدريجاً، حتى الانتهاء من العلاج. وبشكل عام يستمر العلاج لمدة سنتين حتى 4 سنوات، وهناك مرضى بحاجة لعلاج مطول. وبالمقابل هنالك مرضى لا تزيد فترة علاجهم عن سنة وحتى أقل.

64. الحمى المالطية (Brucellosis) :

الحمى المالطية او داء البروسيلات هو مرض تسببه جراثيم سلبية الغرام (Gram - negative bacterium) موجودة في داخل الخلايا.
هذه الجراثيم تسبب سلسلة من الأمراض: أمراض الحمى، التهاب المفاصل، التهاب العظم، التهاب الكبد، الإجهاض وفي حالات نادرة قد تسبب، أيضا، التهاب السحايا (غشاء الدماغ - Meningitis) والتهاب الشغاف (غشاء القلب - Endocarditis).
ينتقل داء البروسيلات إلى الإنسان عن طريق لمس الأبقار، الخراف أو الماعز المصابة بهذه الجرثومة، والتي تفرزها مع الحليب أو عند الوضع. طريقة أخرى لانتقال العدوى هي بواسطة أكل الأعضاء الداخلية من هذه الحيوانات دون طبخها كما يجب.
داء البروسيلات شائع في بعض الدول. أغلبية المرضى المصابين به هم ممن لامسوا هذه الحيوانات.

أعراض الحمى المالطية :

قد تظهر أعراض داء البروسيلات في أي وقت، وتستمر من بضعة أيام إلى بضعة أشهر بعد الإصابة، وذلك كون الحمى المالطية معدية وبذلك فإنّ العلامات والأعراض الخاصة بها تُشابِه لحدّ كبير أعراض الإنفلونزا، وتشمل:

- حمى.
- قشعريرة برد.
- فقدان الشهية ونزول الوزن.
- تعرّق.
- ضعف ووهن عام.
- إعياء.
- ظهور آلام المفاصل والعضلات وآلام أسفل الظهر.
- صداع الرأس.

أسباب الحمى المالطية :

يؤثر داء البروسيلات على العديد من الحيوانات البرية والمنزلية بالإضافة للأبقار والماعز والأغنام والخنازير والكلاب والجمال البرية وحيوانات الرنة، وهناك شكل من أشكال داء البروسيلات الذي يُؤثر أيضًا على خنازير البحر وبعض الحيتان، وقد تنتشر البكتيريا من الحيوانات إلى الناس من خلال ثلاث طرق رئيسة:

- منتجات الألبان الطازجة: يمكن أن تنتقل بكتيريا البروسيلا من حليب الحيوانات المصابة إلى البشر وخصوصًا الحليب غير المبستر والآيس كريم والزبدة والجبن، ويمكن أن تنتقل البكتيريا أيضًا من اللحوم النيئة أو غير المطبوخة جيدًا في الحيوانات المصابة إلى الإنسان، وتُعتبَر الحمى المالطية خطيرة، ومُصنَّفة ضمن أنواع الحمى الأكثر طارئية من حيث حاجة المُصاب بها إلى النقل المباشر للمستشفى.

- الاستنشاق: تنتشر بكتيريا البروسيلا بسهولة في الهواء، بحيث يمكن للمزارعين وفنيي المختبرات وعمال المسالخ أن يستنشقوا هذه البكتيريا.

- الاتصال المباشر: يمكن أن تنتقل البكتيريا من الدم أو السائل المنوي أو المشيمة في الحيوان المصاب إلى مجرى الدم -من خلال جرح- في حيوان آخر، نظرًا لأن التلامس الطبيعي مع الحيوانات، لكنّ اللمس أو التنظيف من خلال الفرشاة أو اللعب الذي يقوم به الإنسان مع حيوانه الأليف لا يسبب العدوى، فنادرًا ما يُصاب الناس بداء البروسيلات من حيواناتهم الأليفة، ورغم ذلك، يجب على الأشخاص الذين يعانون من ضعف في جهاز المناعة تجنب التعامل مع الكلاب المعروفة بأنها مصابة بهذا المرض.

مضاعفات الحمى المالطية :

يمكن أن يؤثر داء البروسيلات على أي جزء من الجسم تقريبًا، بما في ذلك الجهاز التناسلي والكبد والقلب والجهاز العصبي المركزي، وقد يسبّب داء البروسيلات المزمن مضاعفات في عضو واحد فقط أو في جميع أنحاء الجسم، وتشمل المضاعفات المحتملة ما يأتي:

إصابة بطانة القلب الداخلية (التهاب الشغاف): هذا هو واحد من أخطر المضاعفات من داء البروسيلات، حيث يمكن أن يؤدي التهاب الشغاف غير المعالج إلى تلف صمامات القلب أو تدميرها، وهو السبب الرئيس للوفيات المرتبطة بالبروسيلات.

التهاب المفاصل: تتميز العدوى بالألم والتصلب والتورم في المفاصل، وخاصةً في الركبتين والوركين والكاحلين والمعصمين والعمود الفقري، إضافةً لخطورة نشوء التهاب المفاصل بين الفقرات في العمود الفقري أو بين العمود الفقري والحوض.

التهاب وإصابة الخصيتين (epididymo-orchitis): يمكن للبكتيريا التي تسبب داء البروسيلات أن تصيب البربخ، وهو الأنبوب الملفوف الذي يربط الأسهر بالخصية، ومن هناك، قد تنتشر العدوى إلى الخصية نفسها، مما يسبب التورم والألم.

التهاب وإصابة الطحال والكبد: يمكن أن تؤثر الحمى المالطية أيضًا على الطحال والكبد، مما يؤدي إلى تضخمهما إلى ما يزيد عن حجمهما الطبيعي.

التهابات الجهاز العصبي المركزي: وتشمل التهاب السحايا، والتهاب الأغشية المحيطة بالمخ والنخاع الشوكي، والتهاب الدماغ.

تشخيص الحمى المالطية :

يتم تشخيص الحمى المالطية كأيّ التهاب آخر على التشخيص التفريقي وفحص عدّة أمور، وذلك حتّى يتسنّى للطبيب معرفة ما إذا كان المريض يُعاني من الحمى المالطية أو أي نوع آخر من الحمى، وتشمل الإجراءات التشخصية الكشف عن أيّ من الأمور التالية:

- تورم الكبد.
- تضخم الغدد الليمفاوية.
- تورم الطحال.
- حمى غير مفسرة.
- تورم وألم.
- طفح جلدي.

يتم إجراء اختبارات الدم لتشخيص العدوى وتحديد نوع البروسيلا المسببة للمرض، حيث أنّ التحديد الصحيح للبكتيريا يساعد على تحديد مصدر العدوى .

علاج الحمى المالطية :

يهدف علاج داء البروسيلات إلى تخفيف الأعراض ومنع انتكاسة المرض وتجنب المضاعفات، سيحتاج المريض إلى أخذ مضادات حيوية لمدة ستة أسابيع على الأقل، وقد لا تختفي الأعراض تمامًا لعدة أشهر، ويمكن أن يعود المرض بحالة انتكاسية شديدة أيضًا بحيث يعود أشدّ من الأول، لذلك يجب الحرص على أخذ جرعات المضاد الحيوي كاملةً وفق إرشادات الطبيب وإخبار الطبيب بأي مضاعفات غريبة أثناء فترة العلاج.

أدوية الحمى المالطية :

قد يصعب علاج الحمى المالطية، فعادةً إذا تمّ تشخيص حالة حمى مالطية، سيصف الطبيب المضادات الحيوية، وحيث أنّ المضادات الحيوية المستخدمة عادةً لعلاج داء البروسيلات تشمل: (6

- دوكسيسيكلين.
- الستربتومايسين.
- سيبروفلوكساسين أو أوفلوكساسين.
- ريفامبين.
- باكترم.
- التتراسيكلين.

يتم إعطاء الدوكسيسيكلين والريفامبين بشكل عام لمدة 6-8 أسابيع.

يجب تناول المضادات الحيوية لعدة أسابيع لمنع المرض من العودة، حيث أنّ معدل الانتكاس بعد العلاج حوالي 5-15 ٪ وعادةً ما يحدث في غضون الأشهر الستة الأولى بعد العلاج، والشفاء التام كما تمّت الإشارة إليه سابقًا يمكن أن يستغرق أسابيع وحتى شهور.

65. التصلب الجانبي الضموري (Lou Gehrig's Disease) :

مجموعة من الأمراض التنكسية التي يميزها إصابة خلية العصبون الحركي (Motorneuron) في الدماغ، في النخاع الشوكي وفي المسالك المسؤولة عن عبور التحفيز العصبي بينها. ومرض العصبون الحركي الأخطر والأوسع انتشارا هو مرض التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic Lateral Sclerosis – ALS)، والذي يعرف، أيضا، باسم "مرض لو غريغ" (Lou Gehrig disease)، على اسم لاعب البيسبول (Baseball) الأمريكي المعروف الذي أصيب بهذا المرض.

يصيب التصلب الجانبي الضموري خلايا الأعصاب الحركية في غالبية العضلات الإرادية في الجسم، والتي يراقب الدماغ من خلالها (الأعصاب) عملها (العضلات) ويتحكم به.

تتلف خلايا الأعصاب هذه ونتيجة لذلك لا تتوقف عن تشغيل العضلات. عدم تفعيل العضلات وعدم تعصيبها يؤديان إلى ضعفها، وحتى شللها التام. مع استمرار التصلب الجانبي الضموري ومرور الوقت تتضرر، تدريجيا، العضلات المسؤولة عن تشغيل الأطراف، عن البلع، عن النطق وعن التنفس، بترتيب غير محدد وغير ثابت. غير أن التصلب الجانبي الضموري لا يصيب الحواس الخمس، ولا الأداء العقلي أو العضلات الداخلية (القلب، المثانة البولية، الجهاز الهضمي وغيرها).

تتراوح معدلات انتشار التصلب الجانبي الضموري بين 1 – 6 حالات من بين كل 100,000 شخص في كل سنة، فيما يكون التصلب الجانبي الضموري في 5% - 10% من الحالات وراثيا سائدا.

أما المرحلة العمرية الشائعة لظهور التصلب الجانبي الضموري فهي بين سن 40 – 70 عاما (55 عاما، في المعدل)، بينما توجد حالات إصابة بالتصلب الجانبي الضموري في سن أكبر من هذه. لكنه من النادر جدا ظهور التصلب الجانبي الضموري تحت سن الـ 40 عاما، رغم أن الأمر ليس مستحيلا تماما.

الاعراض :

تكون علامات التصلب الجانبي الضموري، غالبا، سهلة في البداية وليست محددة، ولهذا ففي الكثير من الأحيان يحدث تأخر في تشخيص التصلب الجانبي الضموري. أما الشكاوى الأساسية والأولية فهي تلك الناتجة عن ضعف في العضلات. فالمريض يشكو من صعوبة في الكتابة، في الرفع، في التسلق وفي المشي. كما تظهر تقلصات في العضلات (مَعَص عضلي - Muscle cramp)، تغيير في الصوت وفي النطق، صعوبة في البلع، بل قد يظهر تدلّي الرأس في المراحل الأولية من التصلب الجانبي الضموري، بسبب الضعف في عضلات الرقبة.

تطور المرض والتشخيص :

ظهور التصلب الجانبي الضموري وتطوره يختلفان من مريض إلى آخر. بشكل عام، التطور النموذجي هو ظهور ضعف متقدم في عضلات الأطراف وفي العضلات المسؤولة عن البلع، المضغ والكلام، حتى الضعف في عضلات التنفس، مما يستوجب توصيل المريض بجهاز التنفس

الاصطناعي. متوسط الفترة الزمنية التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة تتراوح بين 3 - 5 سنوات. 20% من المرضى يعيشون أكثر من 5 سنوات وحوالي 10% منهم يعيشون أكثر من 10 سنوات.

الفحص الأكثر أهمية للتشخيص هو تخطيط كهربية العضل (EMG - Electromyography)

الذي يبيّن الخلل في عمل العصبون الحركي في الوقت الذي تعمل فيه الأعصاب الحسيّة (Sensory nerves) بصورة طبيعية وسليمة.

أسباب وعوامل خطر التصلب الجانبي الضموري :

العوامل المسببة لتصلب الجانبي الضموري: المسبب الحقيقي والمباشر لتصلب الجانبي الضموري لا يزال غير معروف. وقد عُرضت العديد من الآليات كعوامل مسببة للمرض. منها عوامل بيئية ذيفانية (سامة)، كما في حالة ازدياد عدد المرضى في جزر المحيط الهادي. وقد تم العثور على عدة مركبات، مثل الألمنيوم، بتركيز مرتفع في الطعام، بحيث أدى تغيير النظام الغذائي إلى انخفاض حاد في عدد المرضى في تلك المنطقة. في بعض الحالات الوراثية تم تحديد النقص الجيني. هذا النقص الجيني يسبب اضطرابا في إنتاج بروتين محدد مهمته / وظيفته هي إلغاء / تحييد فعاليّة المواد السامّة التي تسمى "الجذور الحرة" (Free radicals). هذه المواد يمكنها أن تتسبب بموت الخلايا العصبية. وثمة آلية أخرى تم عرضها، هي تركيز مرتفع ونشاط من مادة الغلوتامات (Glutamate)، وهي مادة محفزة للخلايا العصبية. إن وجود فائض من هذه المادة، والتفعيل المتزايد لخلايا الأعصاب، يسببان ضررا جسيما للخلية، إلى حد موتها تماما. إن النقص في المواد المسؤولة عن نمو وصيانة الخلية العصبية، تراكم كمية أكبر من المستوى الطبيعي من مكونات الخلية و الضرر في جهاز المناعة - هي عوامل إضافية أخرى تم اقتراحها كعوامل مسببة للمرض. جميع العوامل التي ذكرت لم يتم إثباتها بشكل مؤكد، باستثناء العامل الجيني، ومن المحتمل أن يكون التداخل بين عدة عوامل هو المسبب للمرض.

علاج التصلب الجانبي الضموري :

لقد تم تجريب العديد من الأدوية من اجل علاج التصلّب الجانبي الضّموري ، لكن دون تأثير ملموس. حتى الآن، الدواء الوحيد الذي أثبت أنه يبطئ قليلا من وتيرة تطور التصلّب الجانبي الضّموري، هو "ريلوزول" (Riluzole). العلاج الفعّال والذي يساعد يشمل تخفيف حدة التصلّب، تخفيف اضطرابات ومشاكل النطق، التخفيف من التشنّجات، من مشاكل البلع وتحسين عملية بلع اللعاب.

العلاج الهام هو العلاج الذي يدعم المريض وأبناء عائلته. مع تطور التصلّب الجانبي الضّموري وظهور مشاكل البلع بشكل بارز، يمكن فحص إمكانية إدخال الطعام الى المعدة، مباشرة. أما مشاكل التنفس فتتم معالجتها بواسطة أجهزة داعمة للتنفس. في الحالات التي يكون المريض فيها غير قادر على التنفس بقواه الذاتية بشكل مستقل فهذا يعني أنه يعاني من التصلّب الجانبي الضّموري في حالة حادة جدا، نهائية لا شفاء منها (Incurable)، إذ أن أغلبية عضلاته تكون في حالة شلل حاد، لكن المريض يكون واعيا ومدركا لحالته. ومن المعتاد أن تتم مناقشة موضوع التنفس الإصطناعي مع

المريض، ومناقشة مدى رغبته في ذلك، وهو لا زال في مرحلة مبكرة، أقل حدة، من مراحل التصلّب الجانبي الضّموري.

66. التهاب الفقار المقسط (Ankylosing Spondylitis) :

التهاب الفقار المقسّط (Ankylosing spondylitisa) هو مرض تّابع لمجموعة اعتلال الفقار (Spondyloarthropathy) التي تشمل أيضا التهاب المفاصل جرّاء الصُّداف (psoriasis)، التهاب المفاصل الناتج عن مرض الأمعاء الالتهابية، والتهاب مفاصل تفاعلي (Reactive arthritis).

ما يُميّز هذه الأمراض هو التهاب مفاصل العامود الفقري (الفقرات)، مفصل الحوض (Sacroiliac) التهاب مفاصل محيطيّة، بشكل عام، المفاصل الكبيرة كالركبتين والكاحل، والتهاب الأوتار والأربطة المتّصلة بالعظام بمحاذاة المفاصل (التهاب الارتكاز - Enthesitis).

كلّما تقدّم الفقار المقسّط أكثر، كنتيجة للالتهاب المتواصل، تنشأ عظام جديدة. فتلتصق العظام ببعضها نتيجة نشوء عظام حديثة مثبّتة للفقرات (نتوءات عظمية رِباطيَّة - Syndesmophyt). يسفر الالتصاق عن عامود فقري غير مرن وثابت نسبيا. والتصاق الأضلاع بالعامود الفقري يسبّب الحدّ من اداء جهاز التنفس والقدرة الرّئويّة.

التهاب الفقار المقسّط هو مرض مزمن، يصيب 129 شخصا من بين كل 100000 في الولايات المتحدة. وهو أكثر شيوعا بين الرّجال، لذا يكون التشخيص متأخّرا أكثر لدى النساء. يظهر التهاب الفقار المقسّط بشكل عام في الفئة العمرية من 16-40.

مسبّب التهاب الفقار المقسّط غير معروف، ولكن يسود الاعتقاد بوجود علاقة للوراثة اذ أن 90% من المرضى يحملون الجين HLA - B27. لحَمَلَة الجين احتمالات أكبر للإصابة بالتهاب الفقار المقسّط ، ولكن فقط نسبة 2% من حَمَلة الجين يصابون حقّا بالتهاب الفقار المقسّط. إذا كان المرء حاملا للجين HLA - B27، وكان دون سن الأربعين، وله قريب عائلة مصاب بالتهاب الفقار المقسّط ، فإن احتمال إصابته بالتهاب الفقار المقسّط تبلغ ال 20%. بينما إذا كان هناك شخص آخر وتواجدت لديه نفس هذه العوامل, بإستثناء أنه تخطّى سن الأربعين, تكون إحتمالات إصابته بالتهاب الفقار المقسّط منخفضة. إذا كان المرءُ حاملا للجين وقد أُصيب بالتهاب الفقار المقسّط ، فاحتمالات نقله للجين لأبنائة تبلغ ال 50%.

أعراض التهاب الفقار المقسط :

يظهر التهاب العامود الفقري على هيئة آلام الظهر السّفلي التي تظهر عند الراحة، وتتحسّن عقب القيام بمجهود، تحديدا في الصّباح، بعد النّوم، أو ألم في المؤخّرة. من الأعراض الإضافيّة - الإحساس بالتصلّب، التعب، فقدان الوزن، أو إصابة في العين مصاحبة بالألم (التهاب العنبيّة - Uveitis).

كما يرافق الالم أحيانا اضطراب بالوقوف أو المشي ينتج عن اتصال الفقرات، الأمر الذي يقيّد حركة العامود الفقري. هذه العمليّة تسبّب ظهور العامود الفقري بصورة عصا الخيزران (عند التصوير).

كما تظهر اعراض الفقار المقسّط على شكل خلل في التنفّس ينجم عن اتّصال فقرات العامود الفقري، الأمر الذي يمنع انبساط القفص الصدري عند التنفّس بصورة سليمة. كما يؤدي ذلك الى اصابة القلب نتيجة التهاب منطقة الصمّامات الذي يسبّب قصور صمّام الشريان الأبهر، أو لالتهاب في الشرايين المسبّبة لالتهاب الأبهر (Aortitis).

يصاب المرضى بالالتهابات المتكررة في الرئتين، وهي مضاعفات أكثر انتشارا في أواسط المدخّنين. تظهر المضاعفات القلبيّة والرّئويّة بعد حوالي 20 عاما منذ بداية التهاب الفقار المقسّط حيث يكون في مرحلة المرض غير الفعّال.

تشخيص التهاب الفقار المقسط :

يتم تشخيص التهاب الفقار المقسّط عن طريق دمج النتائج السريرية بالتصويريّة. لا وجود لفحوصات مختبرية تساعد في تشخيص التهاب الفقار المقسّط. بشكل عام يمكن ملاحظة قيم مرتفعة لعوامل الالتهاب. كسرعة تنقّل الكُريّات الحمر (ESR)، وكميّة مرتفعة من البروتين التفاعلي (CRP). يتم تحديد اتّساع الالتهاب عن طريق مقياس (BASDAI) ومقياس الفاعلية باسم نيويورك (درجة الفاعليّة اليوميّة والقدرة على العمل والممارسة البدنيّة).

علاج التهاب الفقار المقسط :

ما من علاج لالتهاب الفقار المقسّط. علاج التهاب الفقار المقسّط المتوفر يعمل على منع الوصول الى وضع اتّصال الفقرات، إذ أنّ هذا الوضع لا يمكن إصلاحه.

من الممكن علاج الآلام عن طريق الأدوية المضادّة للالتهاب (غير الإستيرويدية) (NSAID - non steroidal anti inflamatorry) مثل - ايتودولاك (Etodolac). وهناك مجموعة أخرى من الأدوية هي تلك المضادّة للأمراض الروماتيديّة ذات التأثير على التهاب الفقار المقسّط (Disease - modifying antirheumatic drugs - DMARDs) كال - سولفاسلازين (Sulfasalazine)، والميثوتركسات (Methotrexate)

من الممكن العلاج بالستيرويد بهدف تقليص فترة التهاب الفقار المقسّط الى مدّة أقصر. كما أنّه من الممكن حقن الستيرويد مباشرة إلى مفصل وحيد ملتهب.

تم مؤخّرا تطوير أدوية بيولوجيّة مضادّة لالتهاب الفقار المقسّط، والتي تحصر السيتوكين (tumor necrosis factor - TNF) حاصرات ال TNF هي الرميكاد (Remicade)، التي أثبتت نجاعتها كمضادّ لالتهاب المفاصل الرومتويدي (Rheumatoid arthritis). ما يميّز هذه الأدوية نجاعتها كمضادّ لالتهاب مفاصل العامود الفقري. تُعطى للمرضى الذين لم يتجاوبوا مع العلاج السابق ضدّ التهاب الفقار المقسّط الفعّال. الوضع الذي يتم تحديده تبعا لعلامات التهابيّة سريرية ومختبريّة.

المعالجة الفيزيائية (فيزيوترافيا)، العلاج بالماء وممارسة الرّياضة البدنيّة المنتظمه، مهمّة للعلاج. يوصى بالسّباحة لمنع تقوّس العامود الفقري. كما من المهم اختيار السّرير والوسادة المناسبين.

المتابعة تتم لدى طبيب اختصاصي لأمراض المفاصل.

67. توسع القصبات (Bronchiectasis) :

توسع القصبات هو الحالة التي تكون فيها أنابيب القصبة الهوائية في الرئتين تالفة، ومتسعة، وسميكة بشكل دائم. وتسمح هذه الممرات الهوائية التالفة بتراكم وتجمع البكتيريا، والمخاط في الرئتين، مما يؤدي إلى تكرار العدوى، والانسداد في الممرات الهوائية. ولا يوجد علاج لتوسع القصبات، ولكن يمكن السيطرة عليه. ويمكنك أن تعيش عادة حياة طبيعية مع العلاج، ومع ذلك يجب علاج النوبات بسرعة للحفاظ على تدفق الأكسجين إلى باقي الجسم، ومنع المزيد من تلف الرئة.

أعراض توسع القصبات :

يمكن أن يستغرق ظهور أعراض توسع القصبات شهور أو حتى سنوات. وتتضمن بعض الأعراض النمطية ما يلي:

- السعال اليومي المزمن.
- سعال الدم.
- الأصوات الغير طبيعية، أو الأزيز في الصدر عند التنفس.
- ضيق التنفس.
- ألم الصدر.
- السعال بكميات كبيرة من المخاط الغليظ كل يوم.
- فقدان الوزن.
- الإعياء.
- سُمك الجلد تحت الأظافر وأصابع القدمين، والمعروف بإسم التعجر.
- التهابات الجهاز التنفسي المتكررة.

وإذا كنت تعاني من أياً من هذه الأعراض، فيجب أن ترى طبيبك على الفور للتشخيص والعلاج.

أسباب توسع القصبات :

يمكن أن تُسبب أي إصابة للرئة الإصابة بتوسع القصبات.

وهناك فئتان رئيسيتان من هذه الحالة، ترتبط إحداهما بالإصابة بـ التليف الكيسي، وتُعرف بإسم توسع القصبات التليفي الكيسي.

ويُعتبر التليف الكيسي حالة وراثية تُسبب إنتاج غير طبيعي للمخاط. والفئة الأخرى هي توسع القصبات اللا تليفي الكيسي، والذي لا يرتبط بالتليف الكيسي. وتتضمن الحالات المعروفة الأكثر شيوعاً التي يمكن أن تؤدي إلى توسع القصبات اللا تليفي كيسي ما يلي:

- عمل الجهاز المناعي بشكل غير طبيعي.
- داء الأمعاء الالتهابي.
- أمراض المناعة الذاتية.
- الانسداد الرئوي المزمن.
- عوز ألفا 1 أنتيتريبسين (السبب الوراثي للانسداد الرئوي المزمن).
- فيروس العوز المناعي البشري.
- داء الرشاشيات (وهو رد فعل تحسسي للرئة تجاه الفطريات).
- عدوى الرئة، مثل السعال الديكي، ومرض السل.
- يُسبب التليف الكيسي حوالي ثلث حالات توسع القصبات.

ويؤثر التليف الكيسي على الرئتين والأعضاء الأخرى، مثل البنكرياس والكبد. وتؤدي الحالة في الرئتين إلى الالتهابات المتكررة، وفي الأعضاء الأخرى تُسبب ضعف الأداء الوظيفي.

الوقاية من توسع القصبات وتشخيصه :

غير معروف السبب الدقيق لتوسع القصبات لدى حوالي 50% من حالات توسع القصبات اللا تليفي الكيسي.

وقد تحدث هذه الحالة لدى ما يصل إلى 35% من الأشخاص بعد عدوى الرئة.

وبالنسبة للأشخاص الآخرين فإنها مرتبطة بالتشوهات الجينية التي تؤثر على الرئتين، والحالات الطبية الأخرى. ويمكن أن يساعدك تجنب التدخين، والهواء الملوث، وأبخرة الطهي، والمواد الكيميائية على حماية الرئتين والحفاظ على سلامة الرئة.

ويجب أن يتم تطعيمك أنت وأطفالك ضد الانفلونزا، والسعال الديكي، والحصبة، حيث أنه ارتبطت هذه الحالات بالحالة في مرحلة البلوغ، ولكن عندما يكون السبب غالباً غير معروف، فبذلك تصعب الوقاية من المرض. وُيعتبر التعرف المبكر على توسع القصبات أمراً هاماً حتى يمكن بدء التدخل قبل حدوث تلف الرئة الشديد. تشخيص توسع القصبات سوف يستمع طبيبك إلى الرئتين للتحقق من أي أصوات غير طبيعية، أو دليل عن انسداد المسار الهوائي.

ومن المرجح أن تحتاج إلى تحليل الدم الكامل؛ للتحقق من العدوى، وفقر الدم (الأنيميا). وقد تتضمن الفحوصات الأخرى ما يلي: فحص البلغم؛ للتحقق من وجود الكائنات الحية الدقيقة في المخاط، مثل الفيروسات، الفطريات، أو البكتيريا. الأشعة السينية أو المقطعية؛ لتوفير صور للرئتين. اختبارات الوظيفة الرئوية؛ لاكتشاف مدى جودة تدفق الهواء إلى الرئتين. تحليل للدم. اختبار التعرق، للتحقق من التليف الكيسي.

علاج توسع القصبات :

لا يوجد علاج لتوسع القصبات، ولكن يعتبر العلاج مهماً للمساعدة في السيطرة على الحالة. والهدف الأساسي من العلاج هو الحفاظ على العدوى، وإفرازات القصبة الهوائية تحت السيطرة. ومن الضروري أيضاً منع المزيد من عوائق المسالك الهوائية، وتقليل تلف الرئة. وتتضمن الطرق الشائعة لعلاج توسع القصبات ما يلي:

- طرق تطهير المسارات الهوائية (مثل تمارين التنفس، والعلاج الطبيعي للصدر).
- إعادة التأهيل الرئوي. المضادات الحيوية لمنع العدوى وعلاجها، وتُجرى الدراسات حالياً على التركيبات الجديدة للمضادات الحيوية المستنشقة.
- موسعات القصبات، مثل ألبوتيرول، وتيوتروبيوم؛ لفتح المسارات الهوائية.
- الأدوية لتخفيف المخاط.
- طارد البلغم للمساعدة في علاج السعال مع المخاط.
- العلاج بالأكسجين. التطعيمات لمنع عدوى الجهاز التنفسي.

وإذا كان هناك نزيف في الرئة، أو إذا كان توسع القصبات في جزء واحد فقط من الرئة، فقد تحتاج إلى عملية جراحية لإزالة المنطقة المصابة.

ويتضمن الجزء الآخر من العلاج اليومي، تصريف إفرازات القصبة الهوائية بمساعدة الجاذبية. ويمكن أن يعلمك معالج التنفس التقنيات للمساعدة في علاج السعال مع المخاط الزائد.

وإذا كانت هناك حالات، مثل الاضطرابات المناعية، أو الانسداد الرئوي المزمن، تتسبب في الإصابة بتوسع القصبات، فسوف يعالج طبيبك أيضاً هذه الحالات.

68. **التهاب الشريان الصدغي** (Temporal Arteritis) :

التهاب الشريان الصدغي (Temporal arteritis, giant - cell arteritis), ينتمي لمجموعة أمراض الالتهابات في الأوعية الدموية (التهاب وعائي – Vasculitis). وعلى الرغم من تسميته هذه فهو لا يصيب الشرايين الصدغية فقط.

توجد عدة مميّزات لالتهاب الشريان الصدغي: ظهوره في جيل متقدم فقط (50 سنة وما فوق), إصابة الأوعية الدموية الكبيرة, وبشكل خاص شرايين الرأس, الرقبة والصدر.

يستدل من المعطيات المتعلقة بانتشار هذا المرض في بلدان حوض المتوسط، كايطاليا واسبانيا، انه يتم سنويا اكتشاف ما يقارب الـ 110 حالة جديدة لكل مليون مواطن، فوق جيل الـ 50 سنة. لكن هذه النسبة تقل عن نسبة الإصابة في دول شمال أوروبا.

التهاب الشرايين الصدغية أكثر انتشارا بين النساء. وسبب تطوره ليس معروفاً بعد، وحسب الاعتقاد السائد فان السبب يجمع بين خليط من الميل الوراثي ومركب بيئي (قد يكون فيروس معيّن, أو عامل تلوثي آخر) وبين جيل المريض.

أعراض التهاب الشريان الصدغي :

قد تظهر أعراض التهاب الشريان الصدغي بشكل تدريجي أو فجائي. ويمكن تصنيف الأعراض السريرية الأساسية لأربع مجموعات:

1. إلتهاب وعائي في شرايين الرأس والرقبة (Vasculitis): يظهر كصداع وأعراض إقفارية (Ischemia) (وهي عبارة عن ظواهر ناجمة عن انخفاض إرواء (Perfusion) الدم لأعضاء أو أنسجة معيّنة, مما يؤدي لانخفاض في أدائها وحتى لتوقف الأداء وتلف الأنسجة). تظهر أعراض الإلتهاب الوعائي، بالأساس، في العيون (إنخفاض في الرؤية حتى العمى التام, أو إزدواج الرؤية - Diplopia), في الدماغ (نوبة إقفارية عابرة – Transient ischemic attack, أو شلل دماغي - Cerebral palsy), في عضلات المضغ (آلام في منطقة الفك عند المضغ وتختفي عند التوقف عن المضغ) وفي أحيان نادرة, في اللسان أو في جلد فروة الرأس (ظهور آلام ومناطق نخر (Necrosis) في هذه الأنسجة).

2. إلتهاب وعائي في الشرايين الكبيرة في الصدر: تظهر كإصابة في صمام الأبهري (aortic valve) وقد تؤدي لفشل القلب وحتى لأم الدم الأبهرية (Aortic aneurysm), التي قد تؤدي لتمزق في جدار الأوعية الدموية وإضطراب في تزويد الدم للأطراف العلوية.

3. أعراض جسدية عامة, مثل إرتفاع حرارة, الإنهاك, فقدان الشهية وفقدان الوزن.

4. ألم العضلات الروماتزمي (Polymyalgia rheumatica).

في معظم الحالات يكون هناك مزيج مختلف من الأعراض المذكورة أعلاه. في أحيان قليلة يصيب المرض شرايين أخرى, مثل شرايين الأطراف السفلية, شرايين البطن وما إلى ذلك.

تشخيص التهاب الشريان الصدغي :

يتم تشخيص إلتهاب الشرايين الصدغية وفقا لأعراض المرض ونتائج فحص المريض. لدى جزء من المرضى, نجد في الفحص, حساسية فوق الشرايين الصدغية, وأحيانا يمكن تحسس شرايين صدغية ثخينة. لا توجد فحوصات دم يمكننا القول عنها انها مشخِّصِة لإلتهاب الشرايين الصدغي. بالرغم من أن فحوصات الدم تُظهر بشكل عام أعراضا تدل على وجود عملية إلتهابية (زيادة في معدل ترسب كريات الدم الحمراء (ESR), إرتفاع مستوى بروتين يدعى CRP, فقر دم خفيف وما إلى ذلك) إلا أن هذه الأعراض ليست خاصة بإلتهاب الشرايين الصدغي, ولذلك فإنها لا تساهم في التمييز بين إلتهاب الشرايين الصدغي, وبين أمراض إلتهابية أخرى. فحوصات تصوير, مثل الفحص بالأمواج فوق الصوتية مع دوبلر (Doppler Ultrasound, Dupplex) للشرايين الصدغية, قد تساهم أحياناً في التشخيص, ولكن هذا الفحص ليس ذو نوعية تشخيصية (Diagnostic Specificity) كافية.

وسيلة التشخيص المتعارف عليها والأكثر وثوقاً هي أخذ خزعة (Biopsy) من الشريان الصدغي وفحصها للكشف عن وجود الإلتهاب. الشريان سطحي, ويتم أخذ الخزعة من المريض بعد إجراء تخدير موضعي. العملية الإلتهابية في جدار الشريان ليست متواصلة, ومن الممكن وجود مقاطع غير مصابة بالالتهاب. لذلك, لن يتم لدى جزء من المرضى (بين 10%-20%) حدوث التهاب في

المقطع الذي تم استخراجه بواسطة الخزعة. في هذه الحالات, يعتمد التشخيص على تقييم النتائج السريرية فقط.

علاج التهاب الشريان الصدغي :

يعتمد علاج إلتهاب الشرايين الصدغي في أساسه على إعطاء أدوية من مجموعة الكورتيكوستيرويدات (corticosteroids). عادةً يتم البدء باعطاء البريدنيزون (Prednisone) بجرعة تتراوح بين الـ 40-60 ملغم في اليوم. في الحالات التي تشمل أعراض إقفارية, من المعتاد إعطاء جرعات اكبر, وأحياناً اعطاء الكورتيكوسترويدات عن طريق الوريد خلال الأيام الأولى للعلاج.

تتلاشى أعراض إلتهاب الشرايين الصدغي عادةً خلال بضعة أيام, ولكن يجب إستكمال العلاج الدوائي لأن إيقافه قبل المدة المحددة قد يؤدي لتجدد الإصابة بإلتهاب الشرايين الصدغي. يتم تقليل جرعة الدواء بالتدريج حتى التوقف التام عن إعطاء الدواء.

يستمر العلاج بمعدل ما يقارب الثلاث سنوات, ولكن هناك مرضى لا يمكن إيقاف علاجهم ويجب إستمرار العلاج بجرعات منخفضة لفترة تمتد لسنين عديدة.

بسبب الجرعة الأولية المرتفعة ومدة العلاج الطويلة, تظهر الأعراض الجانبية المعروفة للكورتيكوستيرويدات في معظم المرضى. الشائعة بينها: زيادة الشهية مع إرتفاع الوزن, نقص التوازن في السكري وإرتفاع ضغط الدم, يصبح المرضى أكثر عُرضة للإصابة بأمراض عدوى وإزدياد تخلخل العظم (Osteoporosis). من المهم القيام بمتابعة هذه المضاعفات الممكنة, وعلاجها بشكل ملائم.

69. اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum Depression) :

قد تشكل عملية الإنجاب (الولادة) تجربةً مبهجة لا تنسى. إن الجهد البدني والنفسي الذي يرافق الولادة، أو العملية القيصرية، يظهر بشكل خاص في الأيام الأولى ما بعد الولادة ، وبالإضافة إلى المشاعر التي تصاحب الولادة نفسها، قد تشعر الأم الوالدة بأن جسمها يتغير، بأن أفكارها تتغير وبأن حالتها المزاجية، أيضا، تتغير، تغييرا ينعكس في البكاء، القلق، الانفعال المفرط وغيرها. هذه الظواهر تعرف باسم اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum depression) أو "سوداوية (كدر) الأمومة" (Maternity blues).

حدة هذه المشاعر متغيرة، وهي تزول، و50% - 70% من النساء الوالدات تشعر بها في الفترة ما بين اليوم الرابع واليوم العاشر ما بعد الولادة. وتعتبر هذه ظاهرة طبيعية، ومن السهل نسبياً التعامل معها. وثمة أعراض أخرى منها: التململ وعدم الراحة، الصداع، البلبلة، النسيان، الانفعال الزائد، اضطراب في النوم وأفكار سلبية تجاه المولود الجديد. ونظرا لأن الحالة تعتبر مؤقتة وعابرة، فلا حاجة إلى العلاج، بل إلى الراحة والدعم من جانب الأسرة والأصدقاء.

8% - 12% من النساء الوالدات يصبن بحالة أكثر صعوبةً من مجرد الكدر والسوداوية، وهي الحالة التي تسمى اكتئاب ما بعد الولادة ، والتي تتميز بهبوط الحالة المزاجية، اللامبالاة وعدم

الاكتراث، انعدام المتعة، اضطرابات في الشهية وفي النوم، فرط الانفعال أو البطء، التعب أو انعدام النشاط، عدم التقدير الذاتي أو الشعور بالذنب، صعوبات في التركيز أو في اتخاذ القرارات. وفي الحالات الأكثر حدة قد تظهر أعراض أخرى من الاكتئاب بعد الولادة .

ويعتبر الذهان التالي للوضع (Postpartum psychosis) الصورة الأكثر خطورة لهذا الاضطراب، إذ يظهر الاكتئاب بصورة مرض الفصام (الانفصام العقلي - Schizophrenia) أو مرض الذهان الهَوَسي الاكتئابي (Manic Depressive Psychosis) وهو الذي يعرف، حديثا، باسم "الاضطراب ذو الإتجاهين" او "الاضطراب ثنائي القطب" (Bipolar disorder).

عند ظهور مؤشرات على أفكار انتحارية أو محاولات لإيذاء المولود، من الضروري جدا الحصول على استشارة فورية من طبيب نفسيّ. كما تحتاج إلى هذه الاستشارة الطارئة، أيضا، النساء اللاتي تعانين من اكتئاب حاد يتصف بصعوبة الاتصال مع الناس، المحافظة على النظافة الشخصية ورعاية الطفل. ومن الشائع أن اكتئاب ما بعد الولادة يعاود الظهور بعد الحمل التالي (بنسبة 50% - 100% من الحالات)، والنساء اللواتي تعانين منه قد يصبن باكتئاب لا علاقة له بالولادة (20% - 30%).

النساء اللواتي أًصبن، في الولايات المتحدة، بحالة حادة من الاكتئاب بعد الولادة هن نساء شابات، تحت سن 20 عاما، غير متزوجات ولا يتلقين علاجاً طبياً بشكل منتظم، نساء من عائلات ذوات 6 أولاد أو أكثر، واللواتي فصلن عن عائلاتهن في سن مبكرة ولم يتلقين الدعم في فترة المراهقة. وهؤلاء النسوة يفشلن في إنشاء علاقات سليمة مع أزواجهن، مثقلات بالمشاكل الاقتصادية، غير راضيات عن تعليمهن، وتعانين من اضطرابات عاطفية وعدم الثقة بالنفس.

أعراض اكتئاب ما بعد الولادة :

الحالة المزاجية المتردية، اللامبالاة وعدم الاستمتاع، اضطرابات في الشهية نزول الوزن وفي النوم، ميل إلى الانفعال الزائد، البطء، التعب والخمول، انعدام التقدير الذاتي، الشعور بالذنب، صعوبات في التركيز أو في اتخاذ القرارات. وإذا ما كان الاكتئاب بعد الولادة عميقاً فقد تظهر مؤشرات على أفكار انتحارية. وتظهر اعراض اكتئاب ما بعد الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى بعد الولادة، عادة. ويشبه هذا الاكتئاب، في أعراضه ومميزاته، حالات الاكتئاب الأخرى التي لا علاقة لها بالحمل والولادة.

أعراض اكتئاب ما بعد الولادة الأكثر حدة وصعوبة، فتشمل البلبلة، التَوَهان (Disorientation) وفقدان الصلة مع الواقع، إلى درجة أن المرأة في هذه الحالة قد تقدم على إيذاء نفسها أو طفلها.

أسباب وعوامل خطر اكتئاب ما بعد الولادة :

يرتبط ظهور أعراض هذا الاكتئاب بانخفاض ملحوظ في مستويات الهرمونات، وخاصةً لدى النساء اللواتي عانين من الاكتئاب في الماضي. وثمة ظواهر أخرى يمكن اعتبارها مسببات محتملة للاكتئاب هي: القلق والتوتر، اكتئاب سابق (حصل في الماضي) وتغيرات في الحالة المزاجية في الأسرة.

قصور الدرقية (Hypothyroidism)، أو فرط الدرقية (Hyperthyroidism)، في فترة ما بعد الولادة يمكن أن يؤديا إلى تغييرات في الحالة المزاجية تدل على حالة الاكتئاب بعد الولادة .

ليست هنالك أية علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وبين المستوى التعليمي أو الثقافي، جنس المولود، الإرضاع، طريقة الولادة أو كون الحمل مخططا / مقصودا أم لا.

تشخيص اكتئاب ما بعد الولادة :

يستند تشخيص هذه الحالة على إجراء محادثة مع المرأة واستيضاح مشاعرها تجاه نفسها وتجاه المولود. يستعين الفريق الطبي باستبيان لجمع المعلومات حول أفكار بشأن إيذاء الذات، الاكتئاب، اللامبالاة، انعدام القدرة على الاستمتاع بالأنشطة اليومية، الضائقة، اضطراب الاداء اليومي في البيت أو صعوبة التواصل مع الناس والبيئة المحيطة.

علاج اكتئاب ما بعد الولادة :

المعالجة الدوائية لحالة اكتئاب ما بعد الولادة يمكن أن تتم بواسطة أدوية الطب النفسي المختلفة. يتم اختيار الدواء وفقاً لمدى مأمونيتها وطبعا لحاجة الأم إلى الإرضاع. وعموماً، ينصح البدء بنصف الجرعة المعتادة ثم زيادتها تدرجياً. ينبغي الاستمرار في تناول الدواء لمدة 6 أشهر لمنع حصول الاكتئاب من جديد. أما إذا لم يستجب الجسم للعلاج خلال 6 أشهر، فينصح بالتوجه إلى الطبيب النفسي للاستشارة.

جميع الأدوية المضادة للاكتئاب تنتقل مع حليب الأم، وهذه المسألة هي أحد العوامل الهامة التي تؤخذ بعين الاعتبار عند اختيار الدواء.

دواء لوسترال (Lustral) هو الدواء الموصى به أثناء فترة الرضاعة. كما يمكن علاج اكتئاب ما بعد الولادة بواسطة أدوية أخرى من عائلة "مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين" الاختيارية (Selective serotonin reuptake inhibitors - SSRI). وفي كل الأحوال، ينبغي استشارة طبيب مختص في طب الوِلدان (Neonatal medicine / Neonatology).

أما معالجة حالات الاكتئاب بعد الولادة فتتم من خلال الطب النفسي (Psychiatric) في المستشفى وقد تشمل المعالجة بالتخليج الكهربائي (المعالجة بالصدمات الكهربائية - Electroconvulsive treatment)، علما بأن احتمالات الشفاء مرتفعة وعادةً ما تتحسن حالة المريضة في غضون 2 - 3 أشهر، لكن الاكتئاب قد يظهر من جديد في الحمل التالي.

الوقاية من اكتئاب ما بعد الولادة :

من بين كل أربع نساء تصبن بحالة الاكتئاب بعد الولادة ، قد يعاود الاكتئاب الظهور من جديد لدى واحدة منهن على الأقل. من أجل الوقاية في فترة ما بعد الولادة ينصح بتناول دواء ثبتت فعاليته سابقاً أو دواءٍ من عائلة "مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين" (SSRI).

70. سرطان واورام الغدة النخامية (Pituitary Cancer) :

تقع الغدة النخامية (Pituitary) في منطقة قاعدة الدماغ، وراء الأنف تماما، ولا يتجاوز حجمها حجم حبة البازيلاء. لكن، وعلى الرغم من حجمها الصغير، فإن الغدة النخامية تعتبر جزءًا أساسيا من أجزاء الجهاز الصمّاوي (الجهاز المسؤول عن إفراز الهورمونات). تقوم الغدة النخامية بإفراز عدد من الهورمونات التي تعمل بشكل منفرد، مثل هورمون النمو (Somatostatin) وهورمون البرولاكتين (Prolactin). كما أنها مسؤولة أيضا عن إفراز عدد من الهورمونات التي تؤثر على الغدد الأخرى، مثل الغدّة الدرقية (Thyroid)، الغدة الكظرية (Adrenal glands)، الخصيتين والمبيضين. في الواقع، يكاد الجسم البشري يخلو من الأجهزة والأعضاء التي لا تتأثر بعمل الغدة النخامية (pituitary gland)، فهي تؤثر على ضغط الدم، الوزن، النمو، جهاز التكاثر وأجهزة أخرى غيرها.

من الممكن ان تؤدي اورام الغدة النخامية لاضطرابات في أداء الجهاز الهورموني، حيث من الممكن ان يبدأ هذا بإفراز الهورمونات دون سيطرة أو تحكم. ومن جهة أخرى، يمكن للورم أن يعيق إفراز الهرمونات بشكل سليم، دون أن يقوم هو بإفراز الهورمونات بنفسه.

غالبية الأورام التي تصيب الغدة النخامية هي أورام حميدة (ورم غدّي). بما معناه أنها أورام لا تقتحم الطبقات القريبة منها ولا تنتقل إلى الأعضاء البعيدة.

هنالك عدة طرق لعلاج الغدة واورامها، ابتداء من استخدام العقاقير التي يمكنها السيطرة على نموها وتطورها، وانتهاء باستئصال الورم نفسه.

أعراض أورام الغدة النخامية :

تظهر بعض اعراض اورام الغدة النخامية، وذلك بسبب الضغط الميكانيكي الذي يخلقه الورم على المنطقة المحيطة به، ويؤدي بالتالي إلى ضغوط واضطرابات بإفراز الهورمونات الأخرى. أو بسبب التأثير على الجهاز الهورموني عن طريق إفراز هورمونات غير مرغوب فيها.

- أوجاع الرأس
- فقدان جزء من مجال الرؤية، خصوصا في الأطراف
- الغثيان والتقيؤ
- التعب
- الضعف
- فقدان القدرة على تحمل البرد
- الإمساك
- انخفاض ضغط الدم
- تساقط الشعر (من مختلف أنحاء الجسم)
- تراجع القدرات الجنسية
- تغييرات غير مرغوب بها في وزن الجسم

كذلك، يمكن لبعض الأورام أن تقوم بإفراز الهورمونات. عندها يطلق عليها اسم "الأورام الوظيفية": من الممكن ان تفرز هذه الأورام هورمون البرولاكتين (Prolactin)، فيطلق عليها اسم الـ "برولاكتنوما"، أو أنها قد تفرز هورمون النمو، فتسبب حالة من تضخم الأطراف(Acromegaly). أما إذا أفرزت الهورمون الموجه لقشر الكظر (ACTH - adrenocorticotropic hormon)، فإنها ستسبب متلازمة كوشينج (Cushing Syndrome)، أو قد تفرز هورمون منبه الدرقية (Thyroid - stimulating hormone - TSH)، مما يؤدي إلى فرط نشاط الغدّة الدرقية.

أسباب وعوامل خطر أورام الغدة النخامية :

ما زال سبب حصول النمو الخارج عن السيطرة في خلايا الغدة النخامية غير معروف. ومع أنه تم اكتشاف عدد من الجينات، لدى أفراد العائلات ذات الميل لنمو مثل هذه الأورام، إلا أن الحديث لا يدور، في غالبية الحالات، عن عامل وراثي عائلي.

مضاعفات أورام الغدة النخامية :

لا تميل أورام الغدة النخامية إلى النمو بشكل كبير أو للانتقال إلى الأعضاء الأخرى، ولكنها قد تؤدي لظهور الأعراض التالية:

- فقدان الرؤية: تقع الغدة النخامية بالضبط في مكان التقاء عصبّي العينين. لذلك، فإن الضغط الذي يسببه الورم على أعصاب الرؤية، من الممكن أن يؤدي لخلل في أدائها والى فقدان جزء من مجال الرؤية. كذلك، من الممكن أن يؤدي، في بعض الحالات الحادّة، إلى فقدان الرؤية بشكل كامل.

- نقص دائم بالهورمونات: من الممكن أن يؤدي الورم - أو استئصال الورم - لخلل في عملية إفراز الهورمونات من الغدة النخامية، الأمر الذي قد يستوجب تلقي العلاج الهورموني من مصادر خارجية.

- نزيف داخلي في الورم (Pituitary apoplexy): تعتبر هذه الحالة نادرة، ولكنها شديدة الخطورة، وقد تعرّض حياة المريض إلى الخطر. يؤدي النزيف داخل الورم إلى الفقدان الفوري للرؤية، بالإضافة للصداع الحاد والى فقدان هورمونات الغدة النخامية بشكل فوري، فينشأ شعور بالدّوار، عدم القدرة على تحمل البرد، التقيؤ، عطش حاد، وتعب. تتطلب هذه الحالة علاجا فوريا بواسطة الأدوية والعقاقير، بل إنه من الممكن أن تكون هنالك حاجة في بعض الحالات لإجراء عملية جراحية.

- الإصابة بـ "السكري الكاذب" (البوالة التفهة - Diabetes Insipidus): تحدث هذه الحالة جراء وجود ورم كبير جدا، أو بعد عملية استئصال غير ناجحة للورم، تؤدي إلى خلل في عملية إفراز هورمون الـ ADH المسؤول عن استيعاب الماء من السائل الذي يتم إفرازه في الكليتين. تؤدي هذه الحالة إلى إفراز كميات كبيرة من البول، تصل أحيانا إلى 10 لترات في اليوم، مما يزيد من احتمالات الإصابة بالجفاف الحاد.

تشخيص أورام الغدة النخامية :

يعتمد تشخيص اورام الغدة النخامية على الأمور التالية:

مستويات الهورمونات وغيرها من المواد في الدم أو في البول، والتي من شانها أن تشير لوجود اضطراب هورموني.

تصوير الدماغ بواسطة التصوير المقطعي المحوسب (CT)، أو إذا أمكن بواسطة الرنين المغناطيسي (MRI) القادر على تشخيص الورم بشكل ادق .

فحص مجال الرؤية الذي يدل على وجود ورم يضغط على عصب النظر.

علاج أورام الغدة النخامية :

يتعلق نوع علاج اورام الغدة النخامية الذي يجب الخضوع له بعدّة عوامل، منها: نوع الورم، سرعة نموه، عمر المريض، حجم الورم الأولي، والأعراض التي يسببها للمريض. وبالعادة، يقوم فريق عمل يضم أطباء من عدة مجالات باتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج. هؤلاء الأطباء، يكونوا عادة من ذوي التخصصات التالية: طبيب الغدد الصماء، طبيب الأمراض العصبية، وجرّاح الأعصاب.

علاج الغدة النخامية عن طريق العمليات الجراحية

يتم إجراء العملية الجراحية لاستئصال الورم من خلال فتح الجمجمة للوصول إلى الورم من الأعلى. في هذه الأيام، يتم استخدام هذه الطريقة على نطاق ضيّق جدا، وذلك بسبب المضاعفات الكثيرة التي تسببها. إحدى الطرق الإضافية التي يتم استخدامها، هي تنظير قاعدة الجمجمة الوتدي (Endoscopic transnasal transsphenoidal approach). بهذه الطريقة، بالإمكان الوصول إلى الورم عبر الأنف، ودون الحاجة الى فتح الجمجمة. تنطوي هذه الطريقة على نسبة أقل من المضاعفات، كما يقل احتمال تعرّض الأجزاء القريبة من الدماغ للخطر.

- العلاج بالأشعة

يتم استخدام الأشعة السينية (أشعة X) ذات الطاقة الكبيرة من أجل القضاء على خلايا الورم. تستخدم هذه الطريقة في بعض الحالات بعد إجراء عملية الاستئصال، وذلك من أجل استكمال العلاج، أو في الحالات التي لا يمكن فيها إجراء عملية بسبب حجم أو مكان الورم.

- العلاج بالأدوية

ان علاج الغدة النخامية بواسطة الأدوية ممكن أن يقلص حجم إفراز الهورمونات من خلايا الورم، أو أن يقلص حجم الورم ذاته. تهدف هذه الادوية والعقاقير بالأساس في علاج الغدة من الأورام التي تقوم بإفراز هورمون النمو (Somatostatin) أو هورمون البرولاكتين (Prolactin).

في بعض الحالات، يتم الاكتفاء بالمتابعة والمراقفة فقط، حيث من المفضل عدم تقديم العلاج في المرحلة الأولى.

71. حمى الصحراء (Valley Fever) :

ويسببها الفطار الكرواني. ويدخل عن طريق التنفس مسبباً ذات القصبات والرئة. ويشاهد أنواع الفطار الكرواني في القشع والمفرزات القيحية الأخرى. وتظهر تحسسات جلدية، وينتشر الشكل المعمم إلى الرئة والعظام والأحشاء والدماغ. ولا يختلف الشكل الرئوي عن أعراض التدرن الرئوي. العلاج يكون بالراحة بالفراش، وربما تفيد المضادات الحيوية.

حمى الوادي صعبة التشخيص فرديًا على أساس العلامات والأعراض، بسبب أنها غامضة عادةً وتتداخل مع الأعراض التي تحدث في أمراض أخرى. وحتي إذا لم يستطيع تصوير الصدر بالأشعة السينية من تشخيص حمى الوادي من أمراض الرئة الأخرى.

التشخيص :

يعتمد التشخيص النهائي على إيجاد دليل على الكائنات الحية الكُرَوانِيَّة في الأنسجة، أو الدم أو إفرازات الجسد الأخرى. ولهذا السبب، فمن المرجح أن تجري أحد الفحوصات التالية أو أكثر:

لطاخة البلغم أو الثقافة. تفحص هذه الاختبارات عينة من الأمر الذي تم تفريغه أثناء الكحة (البلغم) لوجود كائنات حية كُرَوانِيَّة.

اختبارات الدم. من خلال فحص الدم، يمكن أن يتأكد طبيبك من المضادات الحيوية ضد الفطريات التي تسبب حمى الوادي.

الاعراض :

عن طريق استنشاق اتربة الصحراء الدوارة حيث تتسرب الى الجسم غالباً عن طريق الرئتين اوفي حالات نادرة عن طريق حدوث جروح في الجلد وقد تنتقل الاصابة بحمى الصحراء من الرئتين الى اجزاء اخرى من الجسم وقد تكون حينئذ بالغة الخطورة وهي في شكلها الرئوي الاكثر شيوعاً قلما تطول اكثر من اسبوعين او ثلاثة اسابيع وتكون اعراضها حمى معتدلة نسبياً مصحوبة بسعال وآلام مختلفة وفي بعض الاحيان يصاحبها طفح جلدي يشبه الى حد ما طفح مرض الحصبة. واذا ما سرى المرض الى اعضاء اخرى من الجسم فإنه من المتوقع حدوث حمى شديدة الارتفاع مصحوبة بدرجة متناهية من الضعف العام وتحدث الوفاة في الحالات الشديدة فقط. ويصاب عادة بهذا المرض العمال الذين يشتغلون في العراء.

العلاج :

راحة

لا يحتاج معظم المصابين بحمى الوادي الحادة إلى العلاج. وعندما تكون الأعراض حادة، فالعلاج المثالي للبالغين الأصحاء غير المصابين بهذا المرض غالبًا ما يكون الراحة في السرير وشرب

السوائل، وهو نفس أسلوب علاج الزكام والإنفولانزا. ولكن، يراقب الأطباء المرضى المصابين بحمى الوادي بعناية.

الأدوية المضادة للفطريات

إذا لم تتحسن الأعراض أو أصبحت متفاقمة أو زاد خطر الإصابة بالمضاعفات، فقد يصف الطبيب دواءً مضادًا للفطريات مثل فلوكونازول. كما يمكن استخدام الأدوية المضادة للفطريات أيضًا لعلاج المصابين بمرض مزمن أو منتشر.

وبشكل عام، يمكن استخدام الأدوية المضادة للفطريات، مثل فلوكونازول (ديفلوكان) أو إيتراكونازول (أونمل، سبورانوكس)، لكل وخاصةً أخطر أشكال مرض حمى الصحراء.

يمكن أن يكون لكل مضادات الفطريات آثار جانبية خطيرة. ومع ذلك، تتلاشى هذه الآثار الجانبية عادةً بمجرد إيقاف الدواء. وتتمثَّل الآثار الجانبية المحتملة لفلوكونازول وإيتراكونازول في الغثيان والقيء وألم البطن والإسهال.

ويمكن معالجة العدوى الأشد خطورة في أول الأمر بأدوية الحقن الوريدي المضادة للعدوى، مثل أمفوتيريسين "ب" (أبلسيت، أمفوتيك، وغيرهما).

كما يمكن استخدام الدواءين الجديدين، فوريكونازول وبوساكونازول (نوكسافيل)، لعلاج العدوى الأشد خطورة.

تسيطر مضادات الفطريات على الفطريات وأحيانًا لا تقوم بتدميرها وقد تحدث حالات الانتكاسة. وفي العديد من المرضى، يمكن أن تؤدي نوبة واحدة من حمى الوادي إلى مناعة تستمر طوال الحياة، ولكن يمكن أن يتجدد نشاط المرض، أو يمكن أن يقوى إذا كان الجهاز المناعي ضعيفًا للغاية.

72. داء الليشمانيات (Leishmaniasis) :

يعتبر داء الليشمانيات ويسمى بالعراق (حبة بغداد) مرضاً شائعاً جدا في العالم، على اختلاف أنواعه، الباطنية والجلدية.

أكثر الأنواع انتشاراً هو داء الليشمانيات الجلدي، والذي يعرف بالاسم الشعبي (Rose of Jericho)- داء الليشمانيات الجلدي. يصيب داء الليشمانيات الجلدي الجلد ويؤدي إلى ظهور جروح متقرحة يصل قطر الواحد منها إلى بضعة سنتيمترات، وتدوم لأشهر طويلة على الرغم من العلاجات المختلفة.

ينجم داء الليشمانيات الجلدي عن اختراق طفيليات أحادية الخلية من نوع الليشمانيات إلى الجلد، إثر تعرض المصاب للدغة / لسعة من أنثى ذباب الرمل (من عائلة الفواصد). لذلك تكون المناطق المعرضة للإصابة هي مناطق الجسم التي تكون غير مغطاة، عادة، مثل منطقة الوجه والأطراف.

الطفيل المسبب لداء الليشمانيات الجلدي هو طفيل أحادي الخلية من نوع الليشمانيات (أوالي حيواني – Protozoa) يستطيع العيش والتكاثر في داخل خلايا الجهاز المناعي (Immune system) -

البلاعم (Macrophages) - التابعة لجسم كائن ثديي مضيف كما أن بإمكانه العيش والتكاثر، أيضا، في أمعاء ذبابة الرمل.

العدوى:

ينتقل الطفيل إلى الإنسان عند تعرضه للدغة من ذبابة الرمل، التي تكون قد أصيبت بالعدوى عند لسعها لثديي مصاب. أي أن هنالك مثلثا يعتبر مستودعاً لهذه الطفيليات في الطبيعة (القوارض)، الذبابة التي تقوم عن طريق اللسع بنقل الطفيل من القارض، والإنسان الذي يُلسع ويصاب بالعدوى (لا تنتقل العدوى من إنسان إلى آخر).

توجد أنواع متعددة من هذا الطفيل، أكثرها شيوعاً والذي يسبب المرض الجلدي فقط، يدعى الليشمانية الكبيرة (Leishmania major). المصدر الأساسي للطفيل في الطبيعة هو فأر الرمل (Psammomys obesus)، الذي يعيش في مناطق جغرافية محددة وبالتالي تكون الإصابات بالعدوى محددة في هذه المناطق.

تتواجد ذبابة الرمل في معظم المناطق. تشبه هذه الذبابة بعوضة صغيرة لا يتعدى حجمها الـ 1 - 3 ملليمترات وتسبب لسعتها ردة فعل مماثلة للسعة البعوض. لا يحمل معظم ذباب الرمل الطفيل وبالتالي لا تستطيع نقل العدوى. فقط في المناطق المصابة (أي التي يعيش فيها فئران الرمل) يمكن العثور على ذباب الرمل المصاب بالعدوى والذي يستطيع نقل الطفيل بواسطة اللسع. قد تتغير حدود المناطق المصابة بشكل طفيف وفقاً للتغيرات التي قد تطرأ على مجموعات فأر الرمل، لكن الإصابة بالعدوى تحدث عادة عند تنقّل الإنسان في هذه المناطق.

أعراض داء الليشمانيات الجلدي :

داء الليشمانيات هو مرض جلدي، تتجسد اعراض داء الليشمانيات الجلدي في ظهور جروح متقرحة يصل قطر الواحد منها إلى بضعة سنتيمترات، وتدوم لأشهر طويلة على الرغم من العلاجات المختلفة.

يبدأ المرض بظهور كتلة صغيرة حمراء اللون في الجلد، وذلك خلال فترة تتراوح بين أسبوعين وأربعة أسابيع بعد التعرض للسعة (دور الحضانة - Incubation period) في مناطق الجلد المكشوفة. يكبر حجم الكتلة بشكل بطيء خلال بضعة أسابيع وأحياناً تصبح الكتلة متقرحة. قد تظهر أحياناً مجموعة من الآفات الناجمة عن سلسلة من اللسعات. قد يختلف دور الحضانة من آفة إلى أخرى، مما يؤدي إلى ظهور آفات جديدة بعد مرور أسابيع من ظهور الآفات الأولى. تدوم الآفات في الجلد لفترة تتراوح بين 6 أشهر و18 شهراً وتتماثل للشفاء بشكل تلقائي مخلّفة وراءها ندوبا.

أسباب وعوامل خطر داء الليشمانيات الجلدي :

اسباب داء الليشمانيات الجلدي تعود لاختراق طفيليات أحادية الخلية من نوع الليشمانيات إلى الجلد، وذلك من جراء لسعة ذبابة الرمل. لذلك، تتركز الجروح، غالباً، في المناطق المكشوفة في الجسم، مثل منطقة الوجه والأطراف.

الطفيل المسبب للمرض هو طفيل أحادي الخلية من نوع الليشمانيات (أوالي حيواني – Protozoa) يستطيع العيش والتكاثر في داخل خلايا جهاز المناعة - البلاعم (Macrophages) التابعة لجسم الكائن الثديي المضيف، كما أن بإمكانه العيش والتكاثر في أمعاء ذبابة الرمل، أيضا.

تشخيص داء الليشمانيات الجلدي :

ينشأ الاشتباه السريري بالإصابة، عادة، عند ظهور آفات نموذجية مميزة في الجلد بعد المكوث في منطقة مصابة. يعتمد تشخيص داء الليشمانيات الجلدي على إجراء الفحص المجهري المباشر لعينة يتم اخذها من الآفة في الجلد.

من أجل تأكيد التشخيص يمكن إجراء زرع استنبات، كما يمكن اللجوء في أحيان أخرى إلى فحص "تفاعل البوليميراز المتسلسل" (Polymerase chain reaction - PCR) أو إلى فحص الدم للمناعية الخلوية.

علاج داء الليشمانيات الجلدي :

عند ظهور آفة واحدة من الليشمانيا، تترك مكانها ندبة / علامة / أثراً صغيراً لا يشكل عيباً من الناحية الجمالية، لذلك لا توجد حاجة للعلاج وبالإمكان الانتظار حتى يزول المرض بشكل تلقائي. عند ظهور آفات في الوجه أو آفات متعددة في الأطراف، يمكن علاج داء الليشمانيات الجلدي بواسطة: مراهم تقتل الطفيل أو أدوية عن طريق الحقن إلى داخل الآفة أو عن طريق الوريد، خلال الرقود في المستشفى.

باروموميسين (Paromomycin): تم تطوير مرهم يحتوي على الباروموميسين. تتم المعالجة بواسطة دهن المرهم فوق الآفة مرتين في اليوم لمدة عشرة أيام.

بينتوستام (Sodium Stibogluconate،Pentostam): يُعطى هذا الدواء عن طريق الحقن في داخل الوريد، أو في داخل العضل أو الحقن إلى داخل الآفة نفسها.

الوقاية من داء الليشمانيات الجلدي :

خير علاج هو الوقاية من داء الليشمانيات الجلدي. بالإمكان القضاء على مجموعات فئران الرمال في المناطق المجاورة للمناطق السكنية، لكن الطريقة الأفضل هي تفادي التعرض للسع. ذبابة الرمل هي عبارة عن حشرة صغيرة وضعيفة، لا تقوى على الطيران عندما تكون هناك رياح شديدة، كما أنها تلسع، عادة، في ساعات ما بعد الظهر وفي المساء. يوصى بتغطية مناطق الجلد المكشوفة واستخدام طاردات للحشرات.

73. الرشاشيات (Aspergillosis) :

داءُ الرَّشَّاشِيَّات (Aspergillosis) هو اسم عام لمجموعة من الأمراض التي يسببها فطر الرشاشيات (Aspergillus). هذا الفطر، وخلافا لفطريات المُبْيَضَّة (Candida)، ليس موجودا بشكل طبيعي في جسم الإنسان، بل هو موجود في البيئة وينمو على أوراق النباتات والأشجار الميتة، في مستودعات الحبوب، الأسمدة العضوية والخضروات المتعفنة. ويمكن العثور عليها في نبتة الميرحوانا (القنب الهندي).

على الرغم من أن معظم الأشخاص يتعرضون لهذا الفطر بشكل دائم، إلا إنه نادرا ما يظهر المرض عند الأشخاص ذوي المناعة السليمة، وعادة ما يظهر المرض فقط عند الأشخاص ذوي المناعة الضعيفة.

وقد تحدث الإصابة بداءُ الرَّشَّاشِيَّات بأشكال عدة:

الرَّشَّاشِيَّات القصبية الرئوية الأرجية (ABAP - Allergic Bronchopulmonaryaspergilosis): في كثير من الأحيان تصيب الأشخاص الذين لديهم أحد الأمراض الرئوية، مثل الربو (Asthma) أو التليف الكيسي (Cystic Fibrosis).

وَرَمُ الرَّشَّاشِيَّات (Aspergilloma): هو عبارة عن هيكل منظم من الكرات الفطرية يتطور في داخل تجويف الرئتين في أعقاب حصول تَنَدُّب في الرئتين بسبب الإصابة بمرض سابق، مثل السل (Tuberculosis) أو الخراجات (Abscess) الرئوية.

الرَّشَّاشِيَّات الرئوية الاقتحامية أو الغازية (Pulmonary aspergillosis - invasive type): وهو تلوث جدي يسبب التهابا رئويا شديدا، بل يمكنه اختراق الرئتين والوصول إلى مجرى الدم والتسبب بأمراض في أماكن أخرى من الجسم. هذه الحالة تحدث بشكل حصري تقريبا لدى الأشخاص ذوي المناعة الضعيفة، بعد الإصابة بالسرطان، الإيدز، سرطان الدم، العلاج الكيميائي، زراعة الأعضاء أو حالات وأدوية أخرى تسبب انخفاضا في الكريات البيضاء في الدم.

أعراض داء الرشاشيات :

تختلف الأعراض تبعا لنوع العدوى:

- في الرَّشَّاشِيَّات الأرجية:

- السعال أو السعال المصحوب بدم بني اللون.
- الحمى (ارتفاع درجة حرارة الجسم).
- الضعف العام.
- التصفير عند التنفس.
- فقدان الوزن.
- النوبات المتكررة من انسداد المسالك التنفسية.

- في الرَّشَّاشِيَّات الاقتحامية، تبعا للعضو الذي تدخل إليه الفطريات، قد يظهر أيضا:

- ألم في العظام.

- دم في البول.
- ألم في الصدر.
- قشعريرة.
- صداع.
- التهاب الجيوب الأنفية.
- تقرحات جلدية.

عند الاصابة بورم الرَّشَّاشِيَّات قد لا تظهر الأعراض إطلاقا، أو قد تظهر أعراض الرَّشَّاشِيَّات الأرجية.

مضاعفات داء الرشاشيات :

داء الرشاشيات الأرجية يميل إلى المعاودة بعد العلاج وهنالك حاجة إلى تكرار العلاج. داء الرشاشيات الغازية، الذي لا يستجيب للعلاج، يؤدي إلى الوفاة. احتمال شفاء المريض يعتمد، بالدرجة الأولى، على حالة المرض الأولى التي أدت إلى الضعف المناعي وسببت ظهور داء الرشاشيات.

المضاعفات التي تظهر بعد الشفاء هي: انخماص القصبات (Bronchiectasis)، نزف حاد في الرئتين، وخاصة عند الإصابة بالرَّشَّاشِيَّات الاقتحامية (الغازية)، انسدادات مخاطية تعيق المجاري التنفسية، انسداد ثابت في المسالك الهوائية وفشل الجهاز التنفسي. حتى الأدوية قد يكون لها آثار جانبية مثل الفشل الكلوي، الحمى والقشعريرة بعد العلاج بالأمفوتريسين (Amphotericin B).

تشخيص داء الرشاشيات :

التلوثات الفطرية ليست شائعة، لذلك عند الاشتباه بالإصابة بداءُ الرَّشَّاشِيَّات، يكون التشخيص صعبا ويشكل تحديا كبيرا. الفحوصات التي تساعد على تأكيد التشخيص هي:

الأجسام المضادة (الأضداد - Antibodies): ينتج الجسم الأضداد ردا على أي عامل ملوث يدخل إليه. يمكن اكتشاف هذه الأجسام المضادة في المختبر، وهكذا يمكن معرفة ما إذا كان الشخص قد تعرض للإصابة بالرشاشيات.

فحوصات التصوير (Imaging): بالوسائل والتقنيات التي تصور الرئتين، مثل تصوير الصدر بالأشعة السينية (رنتجن - X - ray) أو التصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography – CT) التي تعطي نتائج أكثر دقة وتمكّن من اكتشاف وتحديد بينات مميزة للرشاشيات.

فحص التعداد الدموي الشامل (Complete blood count): بواسطة هذا الفحص، يمكن فحص عدد خلايا الدم المختلفة، إذ أن أنواعا معينة من خلايا الدم (مجموعة فرعية من خلايا الدم البيضاء) تتكاثر عند وجود التلوث الفطري في الجسم.

جالاكتومانان (Galactomannan): يتم إنتاج هذا الجزيء فقط بواسطة الرشاشيات ولا تنتجه خلايا الجسم. ظهور هذا الجزيء في سائل الدم يشير إلى وجود العدوى.

فحص البلغم: يمكن أخذ عينة من بلغم المريض، بحيث من المهم جدا أن تكون العينة من البلغم من الرئتين وليس من لعاب الفم. يمكن صبغ العينة بمادة كيميائية صبغية ومشاهدتها تحت المجهر، أو بدلا من ذلك يمكن محاولة استنبات الرشاشيات من العينة في ظروف مخبرية.

الخزعة (Biopsy): هذا هو الملاذ الأخير للتشخيص حيث يمكن أخذ قطعة من نسيج الرئة، بواسطة منظار القصبات الهوائية (Bronchoscope)، للكشف عن الفطريات.

علاج داء الرشاشيات :

داء الرشاشيات الحساسية: لا تتم معالجته بواسطة الأدوية المضادة للفطريات، لأن مسبب هذا النوع من المرض ليس الفطريات، وإنما هو ينجم عن رد الفعل الأرجي (التحسسي). الطريقة المتبعة في هذه الحالة هي العلاج الذي يؤثر على الجهاز المناعي، وخاصة السترويدات (Steroids).

ورم الرشاشيات: لا يتطلب العلاج، عادة، إلا في حال حدوث نزيف في داخل أنسجة الرئة ومضاعفات من جراء ذلك. وإذا كانت هنالك حاجة إلى العلاج فإن العلاج يكون بواسطة الجراحة.

داء الرشاشيات الغازية: يتطلب العلاج بالأدوية المضادة للفطريات لعدة أسابيع، عادة من نوع فوريكونازول (Voriconazole) عن طريق الفم أو بالحقن المباشر في الوريد. عندما يكون المرض مصحوبا بالتهاب الشغاف (Endocarditis) فهنالك ضرورة لإزالة الصمام المصاب والعلاج لفترة طويلة بالأمفوتريسين B (Amphotericin B).

الوقاية من داء الرشاشيات :

تتركز الوقاية في المحافظة على سلامة الجهاز المناعي والحذر عند استخدام الأدوية الكابتة لجهاز المناعة أو التي تضعفه. عند الحاجة إلى استعمال مثل هذه الأدوية ينبغي تجنب التعرض للعدوى، قدر المستطاع. كما أن هنالك أهمية كبيرة، أيضا، للوقاية من مرض الإيدز الذي يشكل عاملا مهما يسهل ظهور المرض.

74. **سرطان الدم الليمفاوي المزمن** (Chronic Lymphocytic Leukemia):

سرطان الدم اللمفاوي المزمن (CLL) هو نوع من سرطانات الدم ونخاع العظم – نسيج إسفنجي داخل العظم تُصنع فيه خلايا الدم.

إن مصطلح "المزمن" في سرطان الدم اللمفاوي المزمن يأتي من حقيقة أن هذا المرض عادة ما يتطور ببطء أكثر من الأنواع الأخرى من سرطانات الدم. ويأتي مصطلح "اللمفاوي" في سرطان الدم اللمفاوي المزمن من الخلايا المتضررة من هذا المرض – مجموعة من خلايا الدم البيضاء تسمى اللمفاويات، وهي خلايا تساعد الجسم على مكافحة العدوى.

يعد سرطان الدم اللمفاوي المزمن أكثر شيوعًا لدى كبار السن. وهناك خيارات علاج تساعد في السيطرة علي المرض.

الأعراض :

لا تظهر أعراض مبكرة على العديد من مرضى لوكيميا الدم اللمفاوي المزمن. قد يعاني هؤلاء الذين ظهرت عليهم العلامات والأعراض:

- تضخم العقد اللمفاوية ولكن بدون ألم
- الإرهاق
- الحمى
- ألم في الجزء الأيسر أعلى البطن، والذي يمكن أن يكون ناتجًا عن تضخم الطحال
- تعرق أثناء الليل
- فقدان الوزن
- العدوى المتكررة

الأسباب :

الأطباء ليسوا متأكدين مما يبدأ العملية التي تسبب سرطان الدم اللمفاوي المزمن. يعرف الأطباء أن هناك شيئًا يحدث ويتسبب بهذه الطفرة الجينية في الحمض النووي للخلايا المنتجة للدم. وتتسبب هذه الطفرة في أن تنتج خلايا الدم لمفاويات غير طبيعية وغير فعالة ــ واللمفاويات هي أحد أنواع خلايا الدم البيضاء التي تساعد جسمك في مكافحة العدوى.

وبالإضافة إلى أن هذه اللمفاويات غير الطبيعية غير فعالة، فإنها تستمر هذه اللمفاويات في البقاء والتكاثر، بينما تموت اللمفاويات الطبيعية. تتراكم اللمفاويات غير الطبيعية في الدم وبعض الأعضاء، حيث تتسبب بحدوث مضاعفات. وقد تفوق الخلايا السليمة عددًا وحجمًا وتطردها خارج نخاع العظام وتتعارض مع إنتاج خلايا الدم الطبيعية.

يعمل الأطباء والباحثون لفهم الآلية المحددة التي تسبب سرطان الدم اللمفاوي المزمن.

عوامل الخطر :

تشمل العوامل التي قد تزيد من خطر سرطان الدم اللمفاوي المزمن ما يلي:

سنك. معظم الأشخاص الذين تم تشخيصهم بسرطان الدم اللمفاوي المزمن هم الأكبر سنًا من 60 عامًا.

أصلك العرقي. ذوو البشرة البيضاء أكثر عرضة للإصابة بسرطان الدم اللمفاوي المزمن مقارنةً بالأشخاص ذوي الأصول العرقية الأخرى.

التاريخ العائلي لسرطان الدم وسرطان نخاع العظم. وجود تاريخ عائلي من سرطان الدم اللمفاوي المزمن أو غيرها من سرطانات الدم ونخاع العظم قد يزيد من خطورة إصابتك بالمرض.

التعرض للمواد الكيميائية. وقد تم ربط بعض مبيدات الأعشاب ومبيدات الحشرات، بما في ذلك العامل البرتقالي المستخدم خلال حرب فيتنام، بزيادة خطر الإصابة بسرطان الدم اللمفاوي المزمن.

التدخين.

التعرض لمادة البنزين (وهي مادة كيماوية تستخدم بكثرة في الصناعات الكيماوية، وتتواجد أيضاً في دخان السجائر).

أنواع معينة من أدوية العلاج الكيماوي مثل (etoposide) وأدوية معروفة باسم (alkylating agents).

الأشخاص الذين يعانون من متلازمة خلل التنسج النقوي (myelodysplastic syndrome) وأنواع أخرى من اضطرابات الدم لديهم فرصة أكبر للإصابة بسرطان الدم النقياني الحاد.

المضاعفات :

قد تسبب لوكيميا الدم اللمفاوي المزمن مضاعفات، مثل:

العدوى المتكررة. قد يعاني المرضى المصابون بلوكيميا الدم اللمفاوي المزمن عدوى متكررة. في معظم الحالات تكون هذه العدوى شائعة في الجزء العلوي والسفلي من الجهاز التنفسي. ولكن يمكن أحيانًا تطور العدوى الأكثر خطورة.

التحول إلى أحد أشكال السرطان الأكثر عدوانية. قد يتطور مرض لوكيميا الدم اللمفاوي المزمن عند عدد بسيط من الأشخاص إلى أحد أشكال السرطان الأكثر عدوانية والمعروف باسم لمفومة الخلايا البائية الكبيرة المنتشرة. أحيانًا ما يشير الأطباء إلى هذا التحول باسم متلازمة ريختر.

الخطر المتزايد لأنواع السرطان الأخرى. يعاني مرضى لوكيميا الدم اللمفاوي المزمن من الخطر المتزايد لأنواع السرطان الأخرى، بما في ذلك سرطان الجلد كالورم الميلاني وسرطان الرئة والجهاز الهضمي.

مشاكل الجهاز المناعي. قد تتطور لوكيميا الدم اللمفاوي المزمن لدى عدد بسيط من الأشخاص إلى مشكلة في الجهاز المناعي مما يتسبب في مهاجمة خلايا مكافحة المرض لخلايا الدم الحمراء أو الصفائح الدموية بالخطأ.

التشخيص :

فحوصات الدم: من بين فحوصات الدم التي تجرى في أغلب الأوقات هو فحص تعداد الدم الكامل (CBC) وفحص وظائف الكلى، وفحص وظائف الكبد وفحص تحديد مستوى حامض اليوريك. كما أن فحص مسحة الدم تحت المجهر ضروري للبحث عن أي خلايا سرطانية.

خزعة نخاع العظم هي أكثر الفحوصات شيوعاً لتحديد نوع سرطان الدم.

البزل القطني (Spinal tap) للبحث عن خلايا سرطانية في السائل الشوكي (cerebrospinal fluid) وهو السائل الذي يملأ الفراغات داخل وحول الدماغ والحبل الشوكي.

فحص الوراثيات الخلوية (Cytogenic analysis) حيث ينظر المختبر إلى الكروموسومات في الخلايا من عينات الدم أو نخاع العظم أو الغدد الليمفاوية لتحديد ما إذا كانت هناك أي مشاكل وراثية محددة. على سبيل المثال فإن الأشخاص الذين يعانون من سرطان الدم النقياني المزمن لديهم كروموسوم شاذ يسمى كروموسوم فيلادلفيا.

التشخيص الجزيئي (فحوصات PCR و FISH). يتمكن فحص تفاعل البلمرة المتسلسل (PCR) من الكشف عن آثار الخلايا السرطانية في الجسم، بينما يعمل فحص "مضان التهجين في الموقع" (FISH) بالكشف عن أي عيوب في الكروموسومات في الحمض النووي للخلية.

العلاج :

علاج سرطان الدم الليمفاوي المزمن: تستخدم طرق مختلفة لعلاج سرطان الدم الليمفاوي المزمن، أكثرها شيوعا العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي والعلاجات الموجهة (وهي العلاجات التي تستهدف خلايا سرطانية محددة دون التأثير على الخلايا الأخرى)، في بعض الأحيان قد تلزم الجراحة لإزالة طحال متضخم.

75. متلازمة فلتي (Felty's Syndrome) :

هي إحدى مضاعفات الإصابة لفترة طويلة بمرض الروماتيزم، وتشمل : الروماتيزم، تضخم الطحال، وانخفاض حاد في عدد كريات الدم البيضاء.

أسباب المتلازمة غير معروفة .وتعتبر تنوعاً من التهاب المفاصل الرثياني، وهو منتشر أكثر عند الذين يعانون من التهاب المفاصل الرثياني لزمن طويل.

الاعراض :

الأعراض السريرية تتراوح بين الشعور العام بالضعف والمرض والتعب وفقدان الشهية والوزن وتورم المفاصل وألمها وتغير شكلها، والإلتهابات المتكررة وحرقة العينين والإدماع. ويظهر الفحص السريري تضخم الطحال والكبد وربما الغدد اللمفية، وأعراض التهاب المفاصل الرثيانية. كما تشمل: الشعور بالضيق, شحوب الجلد, تورم وتصلب المفاصل والالتهابات المتكررة التي تحدث نتيجة لانخفاض كريات الدم البيضاء و بالتالي نقص المناعة.

التشخيص :

التشخيص يتم التشخيص بالاعتماد على وجود المكونات الثلاث للمتلازمة: تضخم الطحال (splenomegaly) . الروماتيزم (RA). انخفاض عدد كريات الدم البيضاء. يمكن أن توجد الأجسام المضادة المشخصة للروماتيزم (عامل الروماتويد Rheumatoid Factor).

التشخيص يتم التشخيص بالاعتماد على وجود المكونات الثلاث للمتلازمة: تضخم الطحال (splenomegaly) . الروماتيزم (RA). انخفاض عدد كريات الدم البيضاء. يمكن أن توجد الأجسام المضادة المشخصة للروماتيزم (عامل الروماتويد Rheumatoid Factor).

العلاج :

علاجيا يتم تلقي الأدوية التي تعمل على رفع مستوى المناعة لدى المريض و علاج الالتهابات و تلقي العلاج لالتهاب المفاصل الروماتويدي و قد يكون هناك حاجة لاستئصال الطحال.

76. غستروبرسس (Gastroparesis) :

غستروبريسس هي الحالة التي تحدث عندما تكون المعدة غير قادرة على تمرير الطعام لأسفل إلى الأمعاء الدقيقة ، وتحدث نتيجة تلف العصب التائه ، الذي ينظم الجهاز الهضمي . يمنع هذا العصب على حماية عضلات المعدة والأمعاء من العمل بشكل صحيح ، مما يؤدي إلى ضعف حركة الطعام من خلال الجهاز الهضمي .

أسباب اضطراب غستروبريسس :

– عدم التحكم في مرض السكري .

– مرض باركينسون .

– التصلب المتعدد .

– إصابة العصب التائه بعد جراحة المعدة .

أعراض غستروبريسس :

– قيء طعام غير مهضوم .

– حرقة الصدر .

– الغثيان .

– الشعور بالشبع سريعا أثناء الأكل .

– ضعف الشهية وفقدان الوزن .

– انخفاض مستوى السكر في الدم .

– ألم البطن .

تشخيص غستروسيسس :

يقوم الطبيب أولا بمراجعة تاريخك المرضي والأعراض التي تشعر بها ، اعتمادا على ذلك ، يفحص الطبيب المريض ويطلب بعض اختبارات الدم .

الاختبارات الأخرى المستخدمة لتشخيص غستروسيسس :

– أشعة الباريوم

يجب أن يشرب المريض شيئًا يسمى سائل الباريوم (مسحوق الباريوم الممزوج بالماء) الذي يغطي بطانة المريء والمعدة والأمعاء الدقيقة. تظهر الأشعة السينية بطانة جدار البطن وحجمه وشكله ومحيطه مما يساعد في التشخيص الدقيق للحالة.

– قياس الضغط المعدي

يتم إدخال أنبوب رفيع عبر الفم وإلى المعدة. هذا يساعد في قياس الأنشطة الكهربائية والعضلية في المعدة لتحديد معدل الهضم.

– Electrogastrography

هذا الاختبار يقيس النشاط العضلي الذاتي داخل المعدة من خلال الأقطاب الكهربائية الموضوعة على جلد البطن. ويسمى التسجيل الذي يتم الحصول عليه من خلال هذا المخطط الكهروكيميائي.

– التنظير العلوي

يتم ذلك عن طريق إدخال أنبوب رفيع يعرف بالمنظار الداخلي أسفل المريء لفحص المريء وبطانة المعدة والجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة.

طريقة علاج غستروسيسس :

يمكن إجراء العلاج بمساعدة الأدوية مثل ميتوكلوبراميد (للحد من الغثيان والقيء) والإريثرومايسين ومضادات القيء الأخرى. توصف هذه لمرضى gastroparesis للمساعدة في تمرير الغذاء إلى الأمعاء الدقيقة وتنظيم عملية الهضم.

يتم إجراء العلاج الجراحي عندما لا يتمكن الأشخاص الذين يعانون من غستروبرسس من تحمل أي طعام أو سوائل. ينصح الأطباء بوضع أنبوب التغذية في الأمعاء الدقيقة. أنبوب التغذية عادة ما يكون مؤقتًا ويستخدم فقط عندما تكون الحالة شديدة أو عندما لا يمكن التحكم في مستويات سكر الدم.

يستمر الباحثون في التوصل إلى أدوية جديدة لعلاج خزل المعدة.

النظام الغذائي لمرضى اضطراب المعدة الغامض :

إذا كنت تعاني من غستروبرسس ، فمن المهم التركيز على الحصول على كمية وافرة من التغذية التي تحتاجها أثناء تناول وجبات صغيرة متكررة منخفضة الدهون وسهلة الهضم.

الأطعمة التي يجب تناولها :

– عصائر الفاكهة المعدة منزليا .

– عصائر الخضروات مثل السبانخ ، الجزر والكرنب .

– البيض .

– بيوريه الفواكه .

– الخضروات والفاكهة المطهوة جيدة .

– البطاطس والبطاطا الحلوة بدون قشور .

– الحساء والمرق .

– الكاسترد .

– الجبن القريش منخفض الدهون .

– الحليب قليل الدسم .

– الزبادي .

– المحار .

– الدواجن منزوعة الجلد .

أطعمة ينبغي تجنبها

– البقوليات .

– الذرة .

– الكحول والمشروبات الغازية .

– المكسرات والبذور .

– البروكلي والقرنبيط .

– الكريمة الدسمة .

– الجبن .

– الإفراط في تناول الزيوت والزبدة .

– الأطعمة السريعة والمقلية .

ملاحظة: يجب تناول الأطعمة الغنية بالألياف والدهون المشبعة باعتدال لأنها تستغرق وقتًا أطول في الهضم.

خطوات النظام الغذائي لمرضى اضطراب المعدة الغامض

– من المستحسن تناول وجبات صغيرة من خمس إلى ثماني مرات كل يوم

- قم بمضغ الطعام بشكل صحيح قبل بلعه.

– استهلك الأطعمة المغذية والمشروبات المغذية مثل عصائر الفواكه والخضروات ، عصائر الزبادي ، مخفوق البروتين ووجبة استبدال المشروبات السائلة سهلة الهضم.

77. مرض أديسون (Addisonian Crisis) :

مرض اديسون، ويسمى أيضا قصور الغدة الكظرية (الكظر - Adrenal). ينشأ هذا الوضع نتيجة لفشل قشرة الغدة في إنتاج الهورمونات الستريودية (steroid hormones) التي تفرزها عادة، وخصوصا هرمون الكورتيزول الحيوي.

قد يكون قصور الكظر خِلقيا (مولودا) أو مكتسبا، أوليا او ثانويا.

قصور الكظر الأولي - يتميز بخلل في أحد الإنزيمات الخمسة المسؤولة عن إنتاج الكورتيزول، أو خلل في نسيج الغدة. يظهر القصور الأولي باضطراب في المحاور الثلاثة الفعالة في الغدة: محور إنتاج الكورتيزول (Cortisol)، وهو الهرمون المسؤول عن مواجهة حالات الإجهاد (الكرب) والمحافظة على توازن ضغط الدم. محور الإلدوستيرون (Aldosterone)، الفاعل في المحافظة على توازن الأملاح والسوائل، ومحور الهرمونات الجنسية التي يتم إفرازها بكمية قليلة.

قصور الكظر الثانوي - يتميز بنقص في هرمونات الدماغ من محفزات الغدة (CRH ،ACTH). يحدث القصور الثانوي، غالبا، بسبب أورام في الغدة النخامية (/ pituitary gland Hypophysis)، أو تلفها بسبب تلوث أو نزيف.

السبب الأكثر انتشارا لقصور الكظر الخلقي (منذ الولادة) هو خلل وراثي في أحد البروتينات المشاركة في إنتاج الهرمونات، ويظهر غالبا في الأشهر الأولى من الحياة. تشمل أعراض المرض: الضعف، أوجاع البطن، ضغط الدم المنخفض، انخفاض مستويات السكر والصوديوم في الدم. وفي الحالات الحادة، كحالات الإجهاد، التي يحتاج الجسم فيها إلى إفراز كميات كبيرة من الكورتيزول، قد يؤدي نقص بارز في هذا الهرمون إلى الإغماء، بل وإلى الصدمة، التي قد تسبب الموت إن لم تتم معالجتها.

يتم التمييز بين النوعين (الأولي والثانوي)، عادة، بواسطة بعض الأعراض وبواسطة نتائج المختبر. مثلا، فرط تصبّغ الجلد والأغشيه المخاطية وانخفاض تشعّر الجسم (عند النساء فقط) – هذه الأعراض تظهر في القصور الأولي فقط.

السبب الأكثر انتشارا لقصور الكظر الأولي المكتسب هو تلف قشرة الغدة على خلفية تتعلق بالمناعة الذاتية (Autoimmune). ويحدث هذا،عادة، بسبب تلف مناعي ذاتي في الغدة، وقد يكون مصحوبا بإصابة في غدد أخرى، مثل الغدة الدريقية (Parathyroid gland)، واضطرابات مثل: انخفاض مستوى الكلسيوم، بقع تفتيح (البهاق – Vitiligo)، اضطراب في التطور الجنسي لدى الأطفال، قصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism) ومرض السكري من نوع (1) لدى البالغين الشباب. ويكون سبب هذا الضرر، أحيانا، نزيفا إلى داخل الغدد، وخاصة لدى المرضى الذين يتناولون أدوية مضادة للتخثر.

وثمة مسبب أكثر ندرة هو مرض وراثي موجود في ارتباط مع الكروموزوم X، مصحوبا بضرر عصبي، ويظهر غالبا لدى الأبناء الذكور.

تكون الصورة الثانوية من المرض، عادة، مصحوبة بنقص هرموني إضافي، ومن الممكن أن تكون خلقية (مولودة)، أو مكتسبة نتيجة أورام، إصابة أو إشعاع إلى منطقة الغدة النخامية أو الوطاء (هيبوتلموس – Hypothalamus)، وكذلك بسبب كبت المحور المسؤول عن إنتاج الكورتيزول إثر علاج متواصل بواسطة ستيرويدات بجرعات كبيرة.

التعبير السريري لقصور الكظر غير فريد ويشمل: فقدان الشهية، الغثيان، القيء، الإسهال، أوجاع للبطن، انخفاض الوزن، شره للملح، الضعف، التعب، الدوخة، التشوش، الاكتئاب وحتى فقدان الوعي. الأعراض التي تساعد على تشخيص قصور الغدة الكظرية بصورته الأولية هي: فرط تصبّغ (Hyperpigmentation) الجلد والأغشية المخاطية، الوزن المنخفض، ضغط الدم المنخفض والنبض السريع. في فحص دم روتيني يظهر عدد كبير (كثرة) من كريات الدم البيضاء من نوع اوسينوفليس (Eosinophils)، مستويات مرتفعة من البوتاسيوم ومستويات منخفضة من الصوديوم والسكر.

تشخيص مرض اديسون :

يتحدد تشخيص مرض اديسون على أساس المستوى المنخفض جدا من الكورتيزول بالدم، أو على أساس انعدام رد الفعل لمحفزات مختلفة، مثل التحفيز بواسطة الموجهة القشرية (Corticotropin)، أو بواسطة إيحاء مستوى منخفض من السكر. في فحص الدم المعد للتشخيص نجد تركيزا منخفضا للكورتيزول قبل التحفيز وبعده، بواسطة الهرمون المحفز للغدة (ACTH)، مستوى مرتفعا من الـ ACTH ومستوى مرتفعا من هرمون الكلى رينين (Renin) الذي يحفز إفراز الهرمون الحافظ للملح (الدوستيرون – Aldosterone). وبتأثير مناعي ذاتي، تظهر في الدم أضداد للغدة، وبالصورة العصبية – مستوى مرتفع من الأحماض الدهنية الطويلة السلسلة. أعراض قصور الغدة الكظرية (مرض أديسون) بصورته الثانوية شبيهة بأعراض صورته الأولية، باستثناء فرط تصبّغ الجلد والشره للملح. مستويات البوتاسيوم والرينين تكون طبيعية، بينما يكون مستوى ACTH منخفضا أو طبيعيا. يساعد التشخيص المبكر على تقديم العلاج الصحيح والمناسب ومنع الموت.

علاج مرض اديسون :

يعتمد علاج مرض اديسون على تناول بدائل الكورتيزول (بشكل عام: هيدروكورتيزون – HYDROCORTISONE، أو بريدينزون – Prednisone). يتم العلاج الدائم للقصور الأولي بواسطة الدمج بين جرعة من الهرمونات البديلة من عائلة الكورتيزول مع دواء لحفظ الملح (بديل للألدوستيرون). في حالة القصور الثانوي، يتم العلاج بواسطة هرمونات من عائلة الكورتيزول فقط، بدون دواء لحفظ الملح. في حالة القصور الأولي لدى النساء، هنالك حاجة إلى فحص إمكانية إعطاء الأندروجين، أيضا.

من المحبذ أن يحمل كل مريض، معه بشكل دائم، وسيلة تعريف خاصة تشير إلى حالته، وذلك لضمان وتسهيل تقديم المساعدة له في حال فقدانه الوعي.

في إطار عملية المتابعة والرصد يجب نفي وجود نقص في هرمونات أخرى أو نقص عصبي.

يجب زيادة الجرعة الدوائية في حالات الإجهاد (الكرب) مثل أمراض الحمى أو العمليات الجراحية، وذلك لمنع تفاقم الأعراض، والمسمى "أزمة أديسون".

78. سرطان الدم الليمفاوي الحاد (Acute Lymphocytic Leukemia) :

سرطان الدم الليمفاوي الحادّ او ابيضاضَ الدم الليمفاوي الحادّ (Acute lymphoblastic leukemia) هو مرض سرطاني ينتج في أعقاب انقسام خلايا سرطانية بدون رقابة، والخلايا هي خلايا دم بيضاء تدعى أرومة اللمفاوية. إن هذا هو سرطان الدم (اللوكيميا) الأكثر شيوعًا وسط الأطفال ويشكل 20% من كل أنواع سرطان الدم (اللوكيميا) المختلفة لدى البالغين.

ولقد تطورت في السنوات الأخيرة طرق تشخيص وعلاج لمرض سرطان الدم (اللوكيميا)؛ وفي أيامنا، فإن ثلثي الأطفال وبين ربع حتى نصف البالغين يشفون من ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد.

إن شيوع سرطان الدم (اللوكيميا) الليمفاوي في الولايات المتحدة هو 1:100000 وهو أكثر شيوعًا وسط الذكور. نجد نسبة أكبر وسط الأطفال تحت سن خمس سنوات. أما فوق سن الـ 35 فهنالك ارتفاع بسيط في شيوع سرطان الدم (اللوكيميا) الليمفاوي، وارتفاع آخر حاد بعد سن الـ 80.

إن سرطان الدم (اللوكيميا) الليمفاوي مصنف لمجموعات فرعية وفقًا لنتائج الفحوصات؛ والتصنيف هو لابْيِضاضِ الدم الحاد من نوع T أو من نوع B، وكل من هاتين المجموعتين مصنف لمجموعات فرعية أخرى وفقًا لمرحلة النمو الموجودة فيها الخلية السرطانية الأصلية.

إن الخلل الكروموزومي (الصِبْغي) الذي له أكبر أهمية للتنبؤ بمرض أصعب هو وجود كروموزوم فيلادلفيا، الذي ينتج عن استبدال مقاطع بين الصبغيات 9 و 22.

أعراض سرطان الدم الليمفاوي الحاد :

إن أغلبية الأعراض التي تظهر في المرض ناتجة عن فشل النخاع العظمي وتشمل:

- نزول الوزن
- شحوب الجلد
- الوهن والتعب بسبب فقر الدم (انخفاض مستوى الهيموجلوبين)
- علامات نزيف بسبب قلة الصَّفيحات (Thrombocytopenia)
- العَداوى بسبب قلة العَدِلات (Neutropenia) أي انخفاض مستوى خلايا الدم البيضاء
- بالإضافة إلى ذلك، فهنالك الأعراض التي تدل على انتشار المرض لأعضاء أخرى مثل العُقَد اللِّمْفِيَّة، الكبد أو الطحال. يمكن أن ينتشر المرض لجهاز الأعصاب المركزي.

أسباب وعوامل خطر سرطان الدم الليمفاوي الحاد :

لم يكتشف حتى الآن سبب واضح، الذي يمكن الإشارة له كمُسَبِّبٍ لمرض اللوكيميا الليمفاوية الحادة.

يمكن عند ظهور سرطان الدم الليمفاوي معرفة إذا كان المريض موجودًا في المجموعة المعرضة لمرض أخطر، وبالتالي تحديد العلاج بشكل ملائم.

تشخيص سرطان الدم الليمفاوي الحاد :

يتوجه بعض المرضى للعلاج بسبب أوجاع في العظام أو المفاصل، والتشخيص هو عن طريق القيام بعَدِّ خلايا الدم الشامل، النظر إلى عينة من الدم تحت الميكروسكوب وفحص النخاع العظمي (نِقْيِ العَظْم). من المحبذ فحص السائل المخي النخاعي.

يعتمد تشخيص ابيضاض الدم الليمفاوي على شكل الخلايا في الميكروسكوب (المورفولوجيا)، وفحص واسِمات سرطانية (واصِمات - Markers) والصِبْغِيَّات في الخلايا السرطانية .

علاج سرطان الدم الليمفاوي الحاد :

إن علاجًا جديدًا لابْيِضاض الدم الحادّ، يتمثل في إعادة النخاع العظمي لتنفيذ وظائفه بأسرع ما يمكن، العلاج الكيميائي وعلاج وقائي بالأشعة لجهاز الأعصاب المركزي لمنع انتشار المرض، علاج للتخلص من المرض المتبقي، وعلاج لمنع رجوع المرض. إن علاج سرطان الدم الليمفاوي الحاد يتضمن علاجًا داعمًا، علاجًا كيميائيًّا وزرع نخاع عظمي إذا كان هنالك حاجة لذلك.

79. ابيضاض الدم النقوي المزمن (Chronic Myelogenous Leukemia):

إن ابيضاضَ الدم النِّقوي المزمن (Chronic myelocytic leukemia - CML) هو مرض الذي فيه الخلية التي تتحول إلى خلية سرطانية هي خلية جذعية في النخاع العظمي، والتي تتطور منها كل خلايا الدم. إن نسبة الإصابة في الـ CML هي 1: 100000 ويشكل 10 % - 15% من كل أنواع اللوكيميا وسط البالغين. توجد هنالك ميزتان لهذا المرض: وجود الصبغي فيلادلفيا، وسيرورة ذات 3 مراحل، المرحلة المزمنة، المرحلة المتسارعة، والمرحلة الأَرومية (Blast). تعكس هذه المراحل تقدم المرض الخبيث.

المرحلة المزمنة:

إن غالبية المرضى مشخصون في المرحلة المزمنة للمرض. يكتشف المرض لدى 20%-30% من المرضى عن طريق الصدفة، عند إجراء فحص عَدٍّ دموي شامل روتيني، الذي نرى فيه ارتفاع عدد خلايا الدم البيضاء في الدم. توجد علامات أخرى في المرحلة المزمنة:

تضخم الطحال، لدى 86%-90% من المرضى. يمكن أن يكون التضخم عديم الأعراض أو مصحوبًا بآلام في البطن من جهة اليسار العليا. عندما يكون الطحال متضخمًا بشكل كبير قد نرى شعورًا بالشبع المبكر أو احْتِشاءات في الطحال.

فقر الدم (Anemia)

تضخم الكبد:

أعراض أخرى: الوَهَنُ العام، فقدان الشهية وانخفاض الوزن، التَّعَرُّق وحرارة منخفضة.

يكون عدد الخلايا البيضاء(Leukocytes) أحيانًا، مرتفعًا جدًّا، لدرجة قد تؤدي إلى انسداد الأوعية الدموية الصغيرة، وهذا يضم ظهور تَصَلُّبَ العضو الجنسي بشكل دائم.

تستمر المرحلة المزمنة بالمعدل 3-4 سنوات، ولكنها يمكن أن تستمر بعض الأشهر وحتى سنوات كثيرة.

المرحلة المتسارعة:

إنه كما في كل الأمراض السرطانية الأخرى، فأيضًا في ال CML يمكن أن يتطور المرض. يكون التطور في حالة ال CML للنوبة الأرومية، كما سيفصل بعد ذلك، تعتبر ابيضاضَ دم حاد. تتطور المرحلة المزمنة أحيانًا، مباشرة إلى المرحلة الأرومية، ولكن في أغلب الأحيان هنالك مرحلة سابقة لها، التي يشعر فيها المريض بآلام في العظام، حُمَّى، انخفاض الوزن وغيرها من الأعراض. تدعى هذه المرحلة، المرحلة المتسارعة وهي تتميز بالتالي:

- ارتفاع غير مراقب في عدد خلايا الدم البيضاء (Leukocytes)

- فقر الدم و/أو انخفاض عدد الصَّفيحات بدون استجابة للعلاج

- تضخم الطحال بشكل سريع

- ظهور حوالي 10% خلايا خبيثة في النخاع العظمي

يمكن أن تستمر هذه المرحلة بضعة أسابيع حتى بضعة أشهر، وهي مؤشر على التطور إلى المرحلة النهائية من المرض التي تدعى النوبة الأرومية.

النوبة الأَرومِيَّة:

إن النوبة الأرومية هي عبارة عن ابيضاض دم حاد، ويظهر لدى 75%-85% من المرضى. يوجد في كل سنة، احتمال بنسبة 25% أن يتطور المرض، لدى مريض معين، إلى هذه المرحلة. إن هذه المرحلة معرّفة كوجود أكثر من 30% خلايا سَرَطانِيَّة في الدورة الدموية أو في النخاع العظمي؛ هنا يمكن أن نرى خلايا سرطانية من كل أنواع الخلايا في الدم، لأنه كما ذكر سابقًا، الخلية التي تتحول إلى خلية سرطانية هي خلية جذعية التي من الممكن أن تتطور إلى عدة أنواع من الخلايا. إن مآل المرض (Prognisis) سيءٌ جدًا، والبقاء على قيد الحياة هو فقط لمدة 3-6 أشهر.

الصِّبْغي فيلادلفيا (Philadelphia chromosome):

اكتشف نويل وهانغفرد من فيلادلفيا في سنة 1960، لدى كل مرضى الـ CML صِبْغِيًّا (صِبْغي/كروموزوم) أصغر من المعتاد، وسمياه صِبْغي فيلادلفيا. أثبتت جانيت راولي في سنة 1973، أن هذا الصبغي الصغير هو صبغي 22، وجزء كبير منه انتقل إلى صِبْغي 9. ووجدت أيضًا أن الانتقال متبادل، وأن جزءًا من صِبْغي 9 أيضًا، ينتقل إلى صِبْغي 22. وجد غريفين في سنة 1983، أن التغيير الجيني يؤدي إلى انتقال جين يدعى Abl من صِبْغي 9 إلى 22، وهناك يستقر بجانب الجين Bcr لتكوين جين مشترك يدعى Bcr/abl. يؤدي الجين الجديد إلى تكوُّن بروتين جديد يدعى BCR/ABL وهو بروتين وَرَمِي (Oncogene)، أي يؤدي إلى السرطان، وهو يستعمل كل الطرق لكي تنقسم الخلايا التي تحويه بسرعة أكبر من الخلايا العادية. أعلن بلتيمور في سنة 1990، أن إدخال هذا الجين لفئران المختبر، يؤدي إلى الإصابة بالـ CML، أي أن جينًا واحدًا يسبب مرضًا واحدًا.

علاج ابيضاض الدم النقوي المزمن :

إنه بالرغم من فهم الآلية التي تؤدي إلى ظهور المرض وتقدمه، فما زالت القرارات الطبية لعلاج الـ CML من القرارات الصعبة في مجال الطب. يجب أن يكون العلاج موجهًا لتصليح الخلل في عدد الخلايا في الدم، ولكن أيضًا يجب التخلص من صِبْغي فيلادلفيا أو الأصح، البروتين BCR/ABL. إن هدف العلاج الأولي التخفيض من عدد خلايا الدم البيضاء، وهو عبارة عن علاج كيميائي عن طريق الفم. إن أكثر دواء شائع استعماله هو Hydroxyurea. يمكن لهذا العلاج أن يؤدي إلى تراجع في عدد خلايا الدم، ولكن ليس له تأثير على صِبْغي فيلادلفيا.

يؤدي العلاج بواسطة إنترفيرون ألفا (Interferon alfa) إلى تراجع بعدد الخلايا في الدم لدى 70%-80% من المرضى، ولكن لدى 10%-15% منهم فقط، يكون هنالك تراجع في الجينات.

إن العلاج الوحيد المعروف اليوم، أنه يمكن أن يؤدي إلى تعافي تام من المرض، هو زرع نخاع عظمي من متبرع. يجب أن يتم الزرع في المرحلة المزمنة من المرض. لأنه من الصعب التنبؤ كم هي مدة المرحلة المزمنة عند المريض، ينصح بتنفيذ عملية الزرع خلال سنة من التشخيص. تنبع المعضلة الصعبة التي يواجهها المريض والطبيب، من أن معدل الوفاة في الزرع في الـ CML قريب من الـ 25%. بالإضافة لذلك، فالزرع محفوظ للمرضى في سن الشباب الذين لديهم متبرع ملائم.

إن من المعروف أن جينًا واحدًا هو المسؤول عن المرض. كنتيجة لذلك، على مدار السنين كانت هنالك محاولات لإيجاد علاج موجه ضد جين Bcr/abl. وجدت شركة نوفرتيس (Novartis)، قبل 5 سنوات تقريبًا، بعد فحص مئات المواد، مادة تدعى "مثبط التيروزين كيناز النوعي"

STI 571 – Specific tyrosine Kinase inhibitor الذي يدعى غليفيك (Glivec). فقد وجد أن هذه المادة هي مثبط (Inhibitor) محدد (نوعي) ضد بروتين BCR/ABL. إن حسنات هذا العلاج أنه يعطى عن طريق الفم، والتأثيرات الجانبية قليلة مقارنة بالإنترفيرون.

لقد أدت آلية عمل الغليفيك (Glivec) إلى تطور آمال ووعود كبيرة في هذا المجال، ويعزز تطوير هذا الدواء طريقة العلاج الموجه (Targeted therapy) في السرطان. إن على بروتين الـ

BCR/ABL أن يمر بعملية فَسْفَرَة لكي يصبح ذا فعالية. تحصل عملية الفَسْفَرَة بواسطة ارتباط جُزَيْءِ ال ATP، وهو جُزَيْءُ الطاقة في الخلية. يتصل الغليفيك (Glivec) في موقع ارتباط الـ ATP، وكنتيجة يمنع عملية الفَسْفَرَة في البروتين ويحوله إلى غير فعال.

ليس هنالك إثبات حتى الآن، أن الغليفيك (Glivec) قادر على شفاء مرضى الـ CML، لذلك يميلون اليوم، إلى البدء بهذا العلاج ولكن إذا لم يكن هنالك تجاوب سريع له، ينصح بالاستمرار للخطوة التالية، وهي زرع نخاع عظمي لدى المرضى الذين وجد لهم متبرع ملائم.

80. ابيضاض الدم النقوي الحاد (Acute Myeloid Leukemia) :

ابيضاض الدم النقوي الحاد (Acute myeloid leukeima) هو مرض سرطاني خبيث في النخاع الشوكي، تتكاثر خلاله خلايا كانت من المفترض، في الحالة الطبيعية، أن تكمل تمايزها لتكوين خلايا دم جديدة، بينما في هذه الحالة تتحول إحدى هذه الخلايا إلى خلية سرطانية خبيثة، تتوقف عن التطور في عملية التمايز (Differentiation)، تبدأ بالانقسام بسرعة وتتكون الكثير من الخلايا غير المصنفة. تصنيف ابيضاض الدم من هذا النوع يتم حسب نوع الخلية التي توقفت عن التمايز. هنالك 8 أنواع من M0 حتىM7.

مضاعفات ابيضاض الدم النقوي الحاد :

الخلايا السرطانية تملأ مساحة النخاع الشوكي وتعرقل نمو وتطور الخلايا الطبيعية. ونتيجة لذلك، المريض يعاني من قلة خلايا الدم الحمراء (فقر الدم - anemia)، نقص في الصفيحات الدموية، مما يزيد بالتالي خطر النزف لدى المريض ويولد نقصا في الخلايا البيضاء السليمة (الخلايا المحببة - granulocyte) الأمر الذي يجعل المريض أكثر عرضة للإصابة بالتلوثات والعدوى.

تترك الخلايا السرطانية النخاع الشوكي وتنفذ إلى الأوعية الدموية. وهنا، أيضا، تؤدي إلى نتائج وخيمة: عندما يكون عددها كبير جدًا من الممكن نشوء حالة تدعى كثرة الكريات البيض (Leukocytosis). تسبب الخلايا السرطانية انسداد أوعية دموية صغيرة في أعضاء أساسية وحيوية فتعيق وصول الدم إليها، مما يؤدي بالتالي إلى خلل في أداء العضو المصاب. إذا حصل هذا التراكم للخلايا في الأوعية الدموية في الدماغ، مثلا، فإن الضرر يكون جسيما، إلى درجة فقدان الوعي وحتى الموت. كما يمكن لخلايا ابيضاض الدم، أيضا، أن تسبب ضررا في الجسم بواسطة إفراز مواد ذات فاعلية بيولوجية. مثلًا، هذه الخلايا تفرز مواد تؤدي إلى ارتفاع درجة حرارة الجسم، فقدان الشهية، تغيرات في توازن الأملاح في الجسم وغيرها من التغيرات الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، ونظرا لأن الخلايا تنقسم بسرعة، بل ويتحلل بعضها ويتلف في داخل الدورة الدموية، فمن الممكن نشوء متلازمة تحلل الورم (tumor lysis syndrome). هذه المتلازمة تظهر بأبرز تجلياتها، عادة، بعد بدء العلاج الكيماوي (Chemotherapy) لكنها قد تظهر أيضًا بشكل تلقائي. ويعود سبب ذلك إلى تحلل الحمض النووي الريبي المنزوع الأكسجين (Deoxyribonucleic acid - DNA) الموجود في نويات الخلايا. المواد التي تنتج من هذا التحلل تؤدي إلى اضطرابات أيضية (Metabolic disorders). مثلا، يتم إفراز كميات زائدة من الفُسفور الذي يرتبط مع الكالسيوم ويؤدي إلى ترسبات في الكليتين. كما يتم، أيضا، إفراز

حمض اليوريك (uric acid) الذي يترسب، هو أيضا، في الكليتين مما قد يؤدي إلى الفشل الكلوي (Renal failure).

الاعراض :

معظم الأعراض التي تصيب المريض تكون أعراض عامة كأعراض مرض الإنفلونزا مثل التعب والإرهاق وضيق النفس وفقدان الشهية وارتفاع الحرارة وفقدان الوزن وآلام في المفاصل والعظام، وفي بعض الأحيان يكون هناك تضخم للكبد والطحال وانتفاخ ونزيف من اللثة وظهور الحبرات (Petechia). وفي بعض الحالات لايظهر المريض أية أعلاض وإنما يتم الكشف عن المرض عند إجراء فحص دم روتيني.[12] معظم الأعراض التي تظهر على المريض تكون نتيجة لفقر الدم (Anemia) وانخفاض في أعداد الصفائح الدموية وكريات الدم البيضاء مما يجعل المريض عرضة للإصابة بمختلف الأمراض.

علاج ابيضاض الدم النقوي الحاد :

تتم معالجة ابيضاض الدم النقوي الحاد بواسطة العلاج الكيماوي. مبدأ العلاج هو أنه مهما كان النخاع الشوكي مليئا بالخلايا السرطانية، إلا أنه بالإمكان العثور، دائما، على مجموعة من الخلايا الطبيعية التي لا يمكن رؤيتها بسبب كثرة الخلايا السرطانية. يؤدي العلاج الكيماوي إلى موت هاتين المجموعتين من الخلايا، السرطانية والطبيعية السليمة، على أمل أن تستعيد مجموعة الخلايا الجذعية الطبيعية قدرتها على النمو والانقسام. أما المبدأ الثاني في العلاج فهو أنه يتم إعطاؤه على مراحل. فالعلاج الأول يهدف إلى إبادة الخلايا ثم يتم بعد ذلك إعطاء 2 - 3 علاجات للتعزيز. وهذا يختلف عن علاج الابيضاض الليمفاوي الحاد الذي يعطى فيه، أيضا، علاج مداومة (Maintenance).

لدى المرضى الشباب المصابين بابيضاض الدم ويعانون من علامات سيئة، من المتبع عادة زرع خلايا جذعية (Stem cells) فور الانتهاء من العلاج الكيماوي، إذا وجد متبرع ملائم. أما في الحالات، فإن الزرع يتم فقط إذا لم ينجح العلاج الأولي أو في حال معاودة المرض بعد العلاج.

تم بعون الله

الفهرس